



**Constitución  
del Consejo  
Iberoamericano  
de Editores de  
Revistas de  
Enfermería**  
[pág. 8]

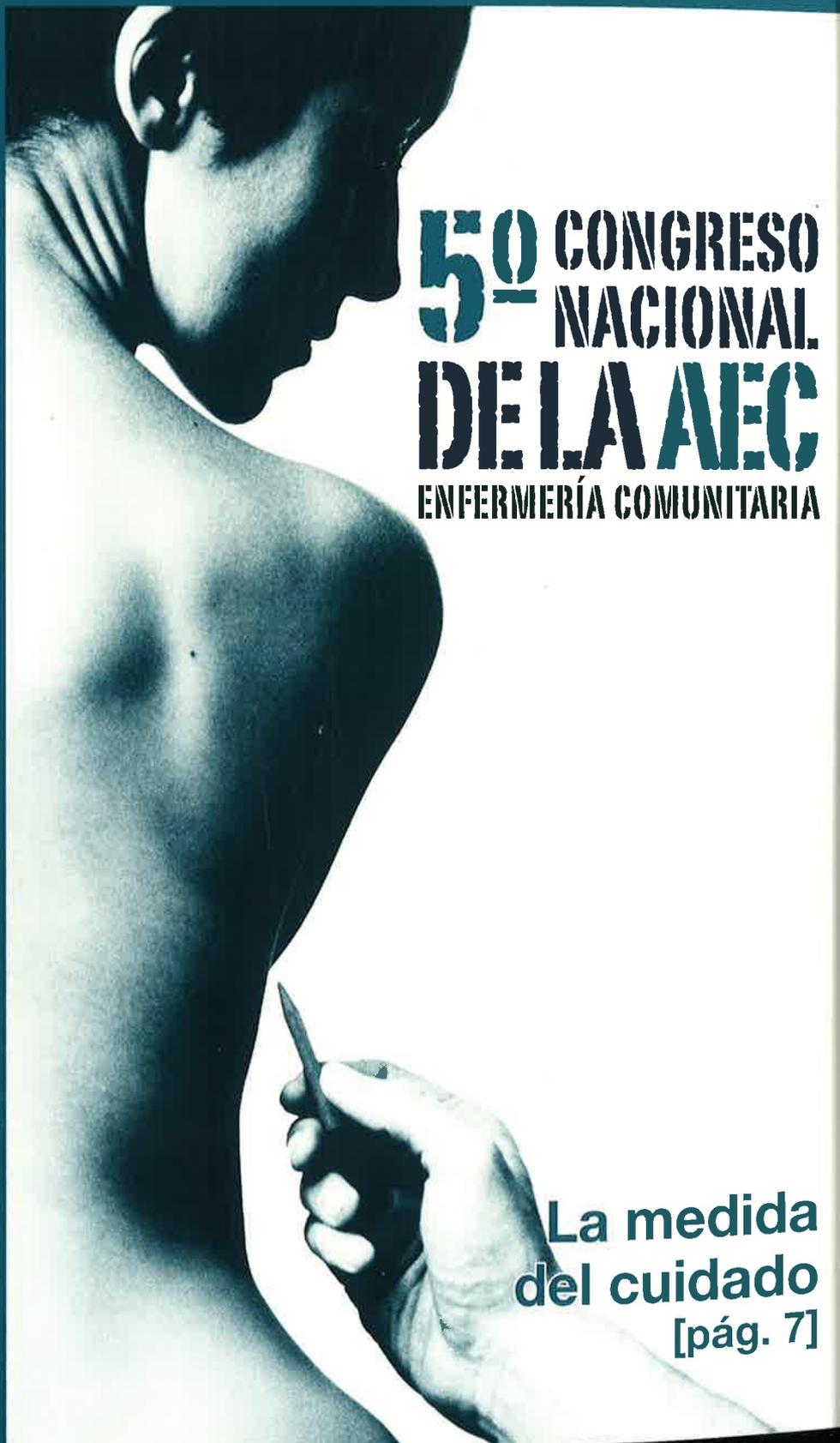
**Carpenito:  
aprobado el  
primer diagnóstico  
enfermero español**  
[pág. 19]

**Cuéntame que  
te digo...**  
[pág. 20]

**La Red Enfermera  
Centinela**  
[pág. 26]



ASOCIACIÓN DE  
ENFERMERÍA COMUNITARIA



**50 CONGRESO  
NACIONAL  
DE LA AEC  
ENFERMERÍA COMUNITARIA**

**La medida  
del cuidado**  
[pág. 7]



**50 CONGRESO  
NACIONAL  
DE LA AEC**

**ENFERMERÍA COMUNITARIA**

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

La medida  
del cuidado

**Agua que cuida...**  
Balneario de Archena



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



## ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA COMUNITARIA

### Junta Directiva AEC

Gálata Pérez Díaz. Presidenta  
Fabiola Hueso Navarro. Vicepresidenta  
M<sup>a</sup> Luisa Ruiz Miralles. Secretaria  
Patricia Moreno Pina. Tesorera  
Gracia Álvarez Andrés. Vocal Comunicación

### Equipo editorial BEC

Editora  
Francisca Anaya Cintas

Consejo editorial  
Sandra Munárriz Gandía  
Josep Adolf Guirao Goris

### Consejo de redacción

José Ramón Martínez Riera (Alacant)  
Juan Miguel Izquierdo Carrasco (Málaga)  
Manuel Mañá Gozález (León)  
Gonzalo Duarte Climents (Sevilla)  
Jorge Mínguez Arias (Logroño)  
Gracia Álvarez Andrés (León)  
M<sup>a</sup> Carmen Fraguas López (Valencia)  
Antonio Galindo Casero (Cáceres)

### Diseño gráfico y maquetación

Formiguer d'Idees. S.L.  
963 922 355

### 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 las enfermeras comunitarias. 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.

# sumario

**Un modelo emergente  
de anciano para el siglo XXI**  
[pág. 5]

**Constitución del Consejo Iberoamericano  
de Editores de Revistas de Enfermería**  
[pág. 8]

**Enfermería Comunitaria en Portugal**  
[pág. 15]

**Carpenito: aprobado el primer  
diagnóstico enfermero español**  
[pág. 19]

**Cuéntame que te digo...**  
[pág. 20]

**Red Enfermera Centinela**  
[pág. 26]

**El consentimiento informado**  
[pág. 30]

**Normas de Publicación bec**  
[pág. 35]

## en portada

**La medida del  
cuidado**  
[pág. 7]

Fotografía portada:  
© Foto Socias



# editorial

Desde la contradicción que para mí supone valorar lo que ha sucedido en estos últimos diez años en nuestra profesión, deseo transmitir sentimientos de pertenencia a un espacio profesional propio y diferenciado, que contribuye a crear una sociedad más justa y tolerante, multicultural y participativa, una sociedad sustentada por personas que quieren "Ser y Estar".

Si algo debo destacar en este periodo, es el reconocimiento social del autocuidado como indicador de calidad de vida, y su repercusión en el mantenimiento de una vida más armoniosa y activa, sin duda provocado por los continuos intentos de nuestra profesión en divulgar los cuidados de Enfermería.

Por el contrario resulta paradójico, aunque ya es habitual, que ese reconocimiento aflore cuando el cuidado de las personas es mediatizado con connotaciones biologicistas en la praxis diaria, ya que las enfermeras seguimos sin aprovechar los periodos históricos que nos brinda nuestra enculturación profesional, ofreciendo nuevas alternativas a otros profesionales.

Nuestro motor académico funciona bien lubricado, pero su correa de transmisión es holgada y produce tirones en la asistencia, ¿o es que no utilizamos un buen combustible?

Son demasiadas las agresiones al ciudadano para que no reaccionemos; creemos en un modelo de salud holístico, abierto a las características propias de cada ser humano, que está siendo vulnerado y despreciado por una dinámica económico-liberal, en donde sólo es rentable la enfermedad. La tan esperada LOPS se promulga reconociendo el cuidado de las personas indicado por un médico; las especialidades enfermeras previstas adquieren nomenclaturas de sumisión a las especialidades médicas (Pediatria, Geriatria, Clínica avanzada); la licenciatura o "master" se retrasa, ¿hasta cuando?; las coordinaciones de enfermería se convierten en "responsables de enfermería"; la especialidad de salud mental no se reconoce laboralmente; la promoción de la salud se convierte en un indicador de productividad...

El acoso a nuestra profesión no cesa y por ello nació la AEC: hace diez años creímos que la defensa de la salud de los ciudadanos merecía un esfuerzo colectivo de todos los profesionales de enfermería que trabajamos en Atención Primaria, no solamente como asociación científica, sino también como promotores de estilos de vida saludables, comprometidos en el mantenimiento y desarrollo de valores sociales como la libertad, la igualdad, la tolerancia, la paz, y una sanidad pública; eso significa posicionarse ante las agresiones a una profesión que se desarrolla para cuidar de las personas. Hoy, como ayer, necesitamos sumar en pos del mantenimiento de una vida feliz.

*Desiderio Rodrigo Tolsá*



## 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 desarrolla la enfermera mediante la aplicación integral de los cuidados, en el continuum salud-enfermedad, fundamentalmente el individuo, la familia y la comunidad, todo ello 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 relacionados con la Enfermería Comunitaria.

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 Alquiбла  
Pintor Villacis, 4. 30003 Murcia  
Tfno: 968 225 020  
Fax: 968 225 154  
aec.secretaria@alquiбла.com  
Correo electrónico AEC  
aec@enfermeriacomunitaria.org  
Correo electrónico BEC  
bec@enfermeriacomunitaria.com

## Un modelo emergente de anciano para el siglo XXI

Antonio Garrido Villoldo / M<sup>a</sup> Jesús Zafra Pires

### EVOLUCIÓN EN EL TIEMPO...

Los ancianos han tenido siempre una consideración social positiva en virtud del desarrollo de unas funciones específicas, como la transmisión del saber de la comunidad y de la experiencia personal, considerados fundamentales para la supervivencia del grupo.

En un principio eran las interpretaciones cosmológicas, el conocimiento de la naturaleza y las habilidades para construir y usar armas y herramientas. El límite estaba en el saber que pudiese acumular un reducido grupo de ancianos: la función de éstos para guiar o asesorar a los guías del grupo era vital para el mismo, por lo que a pesar de la falta de productividad de los ancianos, éstos eran mantenidos por el grupo.

Con el advenimiento de la escritura se abrió la posibilidad de conservar y transmitir el saber sin la dependencia de la memoria de individuos concretos y, por lo tanto, se facilitó el desarrollo científico, técnico y humanístico. Esto podría parecer que terminaría con la necesidad de mantener vivas las tradiciones orales, sin embargo no ocurrió así, ya que esta potente herramienta cultural estuvo limitada durante varios milenios a un uso elitista, a un nivel culto. Por lo tanto, la mayoría de la población continuó dependiendo de la memoria colectiva y la transmisión oral de la misma, de modo que la experiencia acumulada por los ancianos siguió teniendo gran importancia.

Esta situación empezaría a cambiar lentamente con la invención de la imprenta. Pero es la mejora de los medios de comunicación la que permitirá que los conocimientos almacenados lleguen a un importante porcentaje de la población, y entonces se producirá el vaciamiento de contenidos de la función transmisora de los ancianos y paralelamente, se empezará a poner el acento en lo que cuesta mantener personas socialmente improductivas. Este mantenimiento es inicialmente asumido por la familia de forma que la carga no recae sobre el conjunto de la sociedad ni aparece mientras la persona está en condiciones de trabajar. La falta de capacidad de producción, falta de función social y coste individual o familiar caracterizan desde este momento la vejez y van a marcar el ini-

cio de una de las peores etapas vividas por el colectivo de ancianos y que podemos considerar que se extiende desde la revolución industrial hasta por lo menos, la primera mitad del siglo XX. Hasta aquí y a pesar de estos condicionantes sociales, la vejez es una etapa biológica cuyo principio está marcado por la decadencia física derivada del acumulo de procesos degenerativos en los distintos ciclos o rutas fisiológicas.

A partir de ese momento histórico van a coincidir otra serie de factores que van a permitir mejorar lentamente la situación: por una parte uno de los mayores periodos sin guerras en occidente, junto a una importante reactivación económica y de reivindicación social, que van a permitir que la sociedad asuma, mediante diversos modelos, parte de la carga socioeconómica que suponen los ancianos, coincidiendo también con el aumento de la esperanza de vida propiciado por los avances científico-técni-

*Necesitamos un nuevo modelo de ancianidad que no esté relacionado con la jubilación, ni con la enfermedad.*

J.A. Marina

cos en campos tan diversos como la biología, la ingeniería o la electrónica. Esto supone un importante cambio en la consideración social del anciano ya que, si bien se mantiene la de falta de reconocimiento de función social, cada vez es más frecuente que la familia no considere al viejo improductivo porque aporta a la economía familiar el beneficio o compensación establecido por la sociedad, generalmente en forma de pensión, y, por esto mismo, el coste pasa de ser individual o familiar a ser social, de forma que a partir de ahora el anciano pasa a ser un individuo socialmente improductivo. Esto supone, además, un cambio cualitativo en el concepto de vejez, que pasa a ser una etapa social y no biológi-

# punto de vista



© Gabriela Carta

ca, con un inicio establecido por la normativa de cada país y que se sitúa en torno a los 65 años.

La crisis económica de los 70 llevó a miles de trabajadores al paro y consiguió que, en un número creciente de familias, la mayor fuente de ingresos fuese la pensión de los ancianos ya fuese por jubilación, invalidez o, en el caso de las abuelas, viudedad. El mantenimiento de las aportaciones públicas en esta época, unido al incremento de la población anciana y a la progresiva disminución de las tasas de natalidad, supone un incremento del coste social que nos lleva a que, tras la reactivación económica de los 90, se esté viendo a la tercera edad como un grave problema para los presupuestos públicos.

## ROL ACTUAL

Llegados así al siglo XXI, es hora de reflexionar sobre el rol del anciano en la sociedad actual, y para ello, conviene tener en cuenta dos aspectos de suma importancia. En primer lugar, históricamente los ancianos han sido una población escasa, ya que la esperanza de vida al nacer ha sido menor de 60 años hasta bien entrado el siglo XX; han sido una población físicamente improductiva aunque, generalmente, socialmente útil y con un alto grado de dependencia de otros. Hoy los ancianos suponen alrededor del 20% de la población española ya que la esperanza de vida está cercana a los 80 años. Con la edad suele aumentar el grado de dependencia y coste de la misma, y socialmente se ve a la tercera edad como improductiva, tanto física como socialmente. Este importante aumento, tanto del número de ancianos, como de su edad, se traduce en la aparición de una gran heterogeneidad en este segmento de población que hace que hablar de la tercera edad como un todo, sea, en el mejor de los casos, inadecuado y, en muchas ocasiones, injusto para con importantes colectivos de mayores.

En segundo lugar debemos fijarnos en uno de esos colectivos que se está formando a expensas de la generación, que se está incorporando o se va

a incorporar al sector demográfico de ancianos en las primeras décadas de este siglo, y que tiene unas características que la hacen diferente a las anteriores como son: es la primera generación occidental y moderna que ha nacido y vivido sin haber sufrido conflictos bélicos y, en consecuencia, ha tenido un desarrollo físico y social carente de grandes altibajos; es la generación de la incorporación de la mujer a la cultura, el trabajo, la política, la universidad, etc. Es una generación acostumbrada a provocar cambios, es la generación de los hippies de los 60, de los universitarios del 68, de los movimientos sindicales de los 60, del rock, etc. Como consecuencia de esto, nos vamos a encontrar con unos ancianos con unas condiciones físicas mejores que las que hasta ahora se asociaban con la vejez, con un nivel socioeconómico mejorado con respecto a generaciones anteriores y con un conjunto de personas inquietas y no acomodaticias. Estos nuevos ancianos disfrutaban del ocio, de la cultura, se incorporan al mundo de la informática, cuidan su salud y su aspecto físico, tienen independencia económica y son socialmente productivos. Vamos a ver, someramente, en qué consiste la productividad de estos ancianos y ancianas ya que, lógicamente, no se basa en la transmisión oral de conocimientos ni en la fabricación de producto alguno. Su beneficio para la sociedad deriva del cambio producido al pasar de ser sujetos pasivos a consumidores activos, consumidores de productos y servicios relacionados con los ámbitos de la salud, la cultura, el ocio de manera que un número creciente de consumidores genera o mantiene un determinado número de puestos de trabajo y volumen de negocios. Otro aspecto, quizás el más conocido, de la aportación social de los nuevos viejos es la ayuda a las familias en funciones de cocina, limpieza, baby-sitter, etc., de forma que facilitan la incorporación al trabajo, la cultura etc., de una parte de sus familias, que de otro modo necesitarían realizar un desembolso económico importante.

Las tres características sociales de la vejez en la era moderna (falta de capacidad de producción, falta de función social y elevado coste familiar o social), no se reconocen en esta nueva generación de ancianos. Es obvio que no todos los ancianos estarán en este grupo y los habrá con carencias físicas, con carencias económicas y con un elevado coste social, pero no es menos evidente la injusticia de generalizar y no reconocer el valor que supone para la sociedad este modelo emergente de anciano.]

Extracto de comunicación oral al congreso: "Fer-se major al segle XXI"

## La medida del cuidado

Adela Huertas Mazón (Presidenta 5º Congreso AEC)

Queridos compañeros/as :

Estamos cerca de la fecha de celebración, de nuestro 5º Congreso de la AEC, como ya sabéis lo hemos difundido a gran escala: con el entrañable esfuerzo que ponemos en los eventos que afectan a la enfermería comunitaria.

Uno de los objetivos de nuestros congresos y de todas las actividades que organiza nuestra asociación es abrir la puerta, a todos los profesionales de la salud comprometidos con su profesión para fomentar y mejorar las actividades de la misma en la comunidad. Objeto último que todos perseguimos, alrededor del cual giran siempre los lemas de nuestros congresos. Acudir a ellos es tener la posibilidad de intercambiar experiencias, adquirir conocimientos, comunicarnos y dar vigencia científica al saber sobre los cuidados.

Quién decida asistir será bienvenido, ya que os recordamos, que lo importante en esta asociación somos los que la formamos y quienes comparten con ella el interés por la enfermería comunitaria. Todos somos una pieza clave en el éxito futuro que obtendremos en este nuestro quinto congreso

A este evento se le suma la importancia de cumplir diez años como asociación, y esto no deja de ser un valor añadido, para que nos veamos, y recordemos que los caminos nos han llevado al aquí y al ahora de la AEC .

Cumplir diez años es algo muy especial, que nos debe hacer sentir muy orgullosos de esta edad adulta, de una asociación que es de ámbito nacional, y gracias a la labor de todos, estamos haciendo camino.

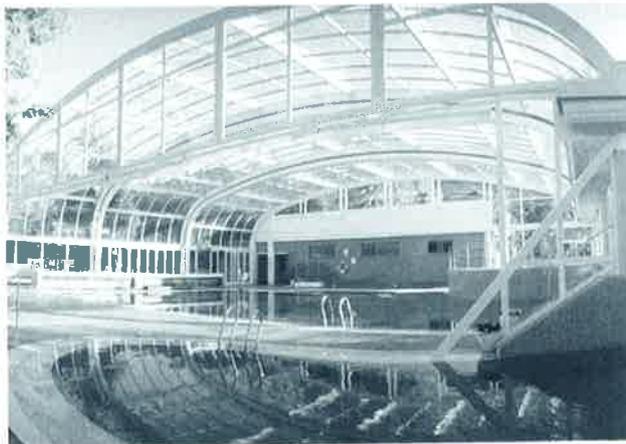
El lugar que hemos elegido para el desarrollo de nuestro 5º Congreso, el Balneario de Archena, en la provincia de Murcia, como siempre atiende al aspecto lúdico y de cultura de cuidados (balneoterapia), es un entorno ideal para intercambiar experiencias y al mismo tiempo disfrutar de unos días de relax, liberación de estrés...y no olvidemos que la ciencia acompañada de un espacio agradable, sabe mas y mejor.

Experiencias vividas por todos nosotros ,en anteriores congresos, celebrados en balnearios, han marcado ya una línea que indica que hacer congresos en estos lugares de relax nos gusta a todos los que formamos nuestra asociación

Quedo a vuestra entera disposición, y no cabe duda que todos haremos el máximo esfuerzo para vernos en Archena el 28 de Octubre.

Os esperamos, para continuar el impacto de los cuidados de nuestro congreso anterior con la lúdica y sabia medida del cuidado de éste.

Mas información en contraportada.



*El BEC participó como publicación en su constitución*

## Nace el Consejo Iberoamericano de Revistas de Enfermería

Francisca Anaya / J. Adolf Guirao

Granada, 1997: "El diálogo entre lectores, autores y editores". Por primera vez en España tiene lugar la I Conferencia Nacional de Revistas de Enfermería, organizada por la Fundación INDEX. Ya en aquella ocasión nuestro BEC estuvo presente de forma activa junto a otras 34 publicaciones españolas; conferencia en la que se pondría de manifiesto la "importancia que la prensa científica juega en el progreso de una disciplina y en la consolidación de sus aportaciones prácticas". De aquella reunión surgirían algunas propuestas que hacen necesario un encuentro posterior.

Han pasado seis años desde entonces, y esta vez, la Fundación INDEX convoca la I Conferencia Iberoamericana de revistas de Enfermería con un lema: "Universalizar el conocimiento enfermero". Si el encuentro de 1997 sirvió para tomar conciencia de algunas dificultades que impiden el logro de un pro-

Consejo Iberoamericano de Editores de revistas (CIBERE) para dar continuidad a las acciones adoptadas en ésta y en la anterior conferencia, y establezca mecanismos de relación. Esto tuvo lugar en la mañana del 29 de noviembre, con la aprobación de todos los participantes. Los objetivos del CIBERE son:

- Promover estrategias para universalizar el producto científico enfermero iberoamericano a través de la promoción de las revistas de enfermería y afines, aumentando su presencia en las bases de datos internacionales

- Aumentar la calidad de las revistas de enfermería y afines, facilitando la incorporación de las nuevas tecnologías, velando por la adecuación científica acorde con las tendencias internacionales y garantizando la ética del proceso editorial

- Promover la profesionalización de la actividad editorial en enfermería, potenciando la competencia en la redacción científica y la lectura crítica

- Estimular el uso en la práctica clínica de las evidencias científicas que aporta la investigación de calidad en enfermería

- Fomentar la difusión equitativa del conocimiento en cuidados de salud a través de actividades de cooperación al desarrollo y fomento de la solidaridad entre los pueblos, o la sensibilización a la población de los países desarrollados de la situación de los países menos desarrollados de América Latina, con especial referencia al fomento del papel de la mujer como cuidadora y educadora, la atención materno-infantil, el apoyo a jóvenes marginados, ancianos, etc, y en general, apoyando y promoviendo acciones de educación para la salud y el desarrollo que contribuyan a fomentar la igualdad y la dignidad humana.

Nos sentimos orgullosos de poder decir que, desde ese momento, el BEC también forma parte de dicho Consejo. Próxima Conferencia: Brasil 2005.

Más información en:

<http://www.index-f.com/cibere.htm>

**LA WEB DE LA AEC CUMPLE LA MAYORÍA DE LOS PRINCIPIOS DE CALIDAD eEUROPE 2002.**

Según un comunicado realizado en la II Reunión sobre Enfermería Basada en la Evidencia, la página web de la AEC cumple cinco de los seis principios que establece el instrumento eEurope 2002 de criterios de calidad para páginas web relacionadas con la salud. eEurope 2002 establece los siguientes principios:

© Antonio Claret y Manuel Jesús García



ducto final de verdadero valor científico, en esta ocasión se constata que los editores de América Latina comparten una problemática similar a la nuestra. Editores de Chile, México, Brasil, Colombia y España se dan cita en este nuevo encuentro. Para esta ocasión; todos los directores y editores de revistas presentes expusieron las líneas editoriales de cada una de ellas, el proceso que siguen en la publicación y revisión de artículos, así como la ética del proceso editorial. El análisis y trayectoria, de una publicación especializada como es el BEC, fue mostrado a través de una presentación dinámica y visual: un film, el de una publicación que también este año cumple 10 años y que sigue evolucionando. Siguiendo esa línea de evolución, y consensuadas por el equipo editorial, el BEC contará, a partir de este número, con unas normas de publicación que podréis encontrar en la página 35.

Como resultado de esta reunión se constituyó el

Transparencia y Honestidad con cuatro criterios:

- Transparencia del proveedor del sitio incluyendo nombre, direccionamiento físico y el direccionamiento electrónico de la persona o de la organización responsable del sitio (véase 2000/31/EC directiva del artículo 5 y 6 en comercio electrónico).

- Transparencia del propósito y del objetivo del sitio
- Audiencias definidas claramente.
- Transparencia de todas las fuentes del financiamiento para el sitio (ayuda de las concesiones, de los patrocinadores, de los publicistas, no lucrativa, voluntaria).

Autoridad, con dos criterios:

- Declaración clara de las fuentes para toda la información proporcionada y fecha de la publicación de la fuente.

- El nombre y las credenciales de todos los abastecedores de la información.

Privacidad: política y sistema de la protección de la aislamiento y de los datos para el proceso de datos personales, incluyendo el proceso invisible a los utilizadores.

Actualización: puesta al día de la información y fecha de actualización visualizada claramente para cada página.

Responsabilidad: Política editorial –descripción clara del procedimiento utilizado para la selección del contenido–.



Accesibilidad

De todos estos criterios, según Jacobo Cambri –técnico de investigación de la EASP– la web de la AEC cumple 5 de los seis principios. El principio que no se cumple es el de actualización porque no todas las páginas incluidas en el sitio [www.enfermeriacomunitaria.org](http://www.enfermeriacomunitaria.org) contienen la fecha de actualización.

Las páginas webs analizadas eran las de asociaciones españolas de enfermería, y además de la de la AEC se analizaron las de: enfermería oncológica, deportiva, vascular y la de informática.

## Reunión de Profesores de Enfermería Comunitaria

Hace 25 años la Universidad daba paso a la formación de las enfermeras con contenidos docentes, entroncados en el paradigma enfermero, que posibilitaron el desarrollo disciplinar; desde entonces, han sido muchas las modificaciones introducidas en los currículos de las Escuelas.

La Enfermería Comunitaria se constituye, ya desde el principio, en un pilar fundamental de los diferentes planes de estudios; pero, así mismo, tiene importantes y significativas diferencias según la escuela en la que se imparte. Es por ello que resulta difícil articular la Enfermería Comunitaria como un Área de Conocimiento, con planteamientos homogéneos y objetivos comunes.

El Espacio Europeo de Educación Superior es una realidad de la que Enfermería no es ajena, y en torno al cual se van a definir las competencias y líneas básicas de contenidos docentes de la disciplina enfermera. Por ello resulta imprescindible que la Enfermería Comunitaria, de una vez por todas, se constituya como un Área de Conocimiento reconocible e interpretable por todos, desde una posición de diálogo y de consenso, y con el objetivo fundamental de dar respuesta desde planteamientos enfermeros a las necesidades que plantea la Comunidad, de tal manera que pueda llegar a convertirse en un área transversal del resto de asignaturas del nuevo plan de estudios.

Al hecho europeo se une la, tan deseada implantación de la Especialidad de Enfermería Comunitaria en la que parece que la Academia no tenga nada que decir a la vista de cómo

se están desarrollando los acontecimientos, y de cuáles son los planteamientos de su posible puesta en marcha.

Por todo ello, la Asociación de Enfermería Comunitaria considera imprescindible, continuando con su planteamiento inicial, que de forma conjunta, la Academia (representada por los profesores de Enfermería Comunitaria), y las Sociedades Científicas, representadas por la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC), analicen, debatan y consensúen un documento de posicionamiento en torno al futuro de la Enfermería Comunitaria.

Para conseguirlo, desde los Comités Organizador y Científico, del 5º Congreso Nacional de la AEC, se convoca la V Reunión de Profesores de Enfermería Comunitaria, que tendrá lugar el viernes 29 de Octubre de 2004, a las 16h, en el Balneario de Archena (Murcia) con los siguientes objetivos:

- Analizar la situación actual de la Enfermería Comunitaria en los planes de Estudios de las diferentes Escuelas.
- Valorar las perspectivas de futuro de la Enfermería Comunitaria en torno al desarrollo del proyecto Tunning y su posterior implantación en los estudios de grado.
- Debatir los diferentes posicionamientos en relación a la especialidad de Enfermería Comunitaria.
- Elaborar un documento de consenso y posicionamiento sobre el futuro de la Enfermería Comunitaria que sea referente y elemento de reflexión de otros estudios o discusiones.

¡Contamos con tu participación!

Coordina y Modera: José Ramón Martínez Riera

## Informe de actividades 2003-04

Junta Directiva AEC

La AEC ha participado en diferentes marcos de discusión y debate durante este último año que a continuación pasamos a describir.

### RETOS Y ESTRATEGIAS FUTURAS EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

El pasado mes de Octubre, el Ministerio de Sanidad y Consumo y representantes de la OMS en España organizaban una jornada de trabajo denominada: "Retos y estrategias futuras en atención primaria de salud en España", a la que fuimos invitados a participar. Allí se congregaron algo más de una treintena de representantes de diferentes sociedades entre las cuales se hallaba la AEC, representada en esta ocasión por su presidenta, Gálata Pérez Díaz.

Las preguntas a las que tuvimos que dar respuesta, a través del grupo de trabajo en el que participamos, fueron:

¿Cómo conseguir que la Atención Primaria de Salud sea realmente un gestor de casos, coordinador y regulador de flujos?

¿Cómo lograr sinergias sociosanitarias?

Nuestra polea de cambio fue defender a la Enfermería Comunitaria como la figura que debiera impulsarse y fomentarse, convirtiéndola en el recurso humano angular de la puerta de entrada del sistema sanitario, dándole un mayor protagonismo. Al mismo tiempo defendimos la importancia de:

- Potenciar la visita domiciliaria enfermera
- Mejorar o establecer vías adecuadas de coordinación con el hospital, enfocadas sobretodo a pacientes crónicos y/o terminales
- Fomentar el desarrollo de la Educación para la Salud en la escuela, como un programa más a desarrollar dentro de los EAP
- Posibilitar la libre elección de enfermera

Durante toda la jornada se sintió la necesidad de impulsar la APS, y de realizar una apuesta firme por convertirla en eje angular de todo el sistema. Parece que, después de los 25 años de la Declaración de Alma Ata, hay muchas circunstancias que han cambiado, y que es necesaria una reflexión en profundidad sobre la Atención Primaria en países desarrollados.

La Equidad, la Eficiencia y la Calidad, términos que se desprenden de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, sin duda fueron tres principios por los que todos los allí presentes estábamos de acuerdo en que había que abogar por ellos.

### PLAN INTEGRAL DEL CÁNCER

También a finales del pasado año tenía lugar otra jornada de trabajo, esta vez en relación al Plan

Integral del Cáncer. M<sup>a</sup> Luisa Ruiz Miralles, secretaria de la AEC, participaba en ella por nuestra sociedad y es representación de la FAECAP. La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Calidad y Cohesión del Sistema Nacional de Salud regula los Planes Integrales de Salud como un instrumento de coordinación y calidad dirigido a actuar sobre las enfermedades o condiciones más relevantes con el objetivo de lograr un enfoque centrado en la población y los pacientes que sea común en el ámbito del Sistema Nacional de Salud. En mayo de 2003 se establece, por Orden Ministerial, los mecanismos para la elaboración del Plan Integral del Cáncer, con la asignación de responsabilidades, objetivos, áreas de intervención y metodología de trabajo. También se nombraba entonces responsable del mismo al Prof. Dr. D. Eduardo Díaz Rubio. A partir de ese momento comenzarían a funcionar ocho grupos de trabajo, y se preparaba una versión preliminar del Plan cuyas líneas generales fueron presentadas al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el pasado 3 de diciembre. La AEC, representando a la Federación Española de Asociaciones de Enfermería Familiar y Comunitaria, conjuntamente con la Asociación Española Contra el Cáncer, Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, Sociedad Española de Medicina Familiar y



Comunitaria, Sociedad Española de Cuidados Paliativos, Sociedad Española de Enfermería, Federación Española de Asociaciones de Nutrición, Oncológica, Asociación Española de Neuropsiquiatría, Sociedad Española de Oncología Médica, ha participado de forma activa con el Ministerio de Sanidad y Consumo en la elaboración del Plan Integral del Cáncer, concretamente en el Grupo VI dedicado a Cuidados Paliativos.

#### ENFERMERÍA Y TABAQUISMO

Por otro lado, y como parte de la FAECAP, la Asociación de Enfermería Comunitaria está colaborando en un grupo de trabajo sobre "Enfermería y Tabaquismo", integrado dentro del CNPT (Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo). Nuestro primer objetivo como grupo, desde su formación en diciembre del 2003, ha sido la consolidación del mismo. Los objetivos de trabajo que nos planteamos son los siguientes:

- Profundizar sobre el desarrollo del trabajo enfermero en el área de Prevención y Abordaje del tabaquismo en el marco de Atención Primaria y Comunitaria.

- Iniciar el estudio de propuestas de participación y contenidos enfermeros para plantear al Comité Organizador del IV Congreso del CNPT a celebrar en Barcelona en noviembre del 2004.

- Dinamizar y potenciar esta actividad dentro de las Sociedades que conforman la FAECAP.

Teniendo en cuenta los plazos de tiempo exigidos por el Comité Organizador del Congreso del CNPT, nos hemos fijado como objetivo prioritario la elaboración de propuestas en cuanto a la presencia de enfermería y la aportación de contenidos enfermeros para dicho Congreso.

Uno de los proyectos que estamos llevando a cabo, y para el cual os agradeceríamos vuestra colaboración, es el de crear una base de datos con todas las enfermeras que están trabajando en este tema, en cualquier ámbito de intervención. Si quieres formar parte de esta base de datos contacta a través del correo: [lolicalle@euskalnet.net](mailto:lolicalle@euskalnet.net)

Entendemos pues que, formar parte de estos foros de discusión, enriquece nuestro trabajo diario y nos impulsa hacia una mejora de la profesión.]



## CONVOCATORIA DE ASAMBLEA GENERAL

Por la presente se convoca Asamblea General Ordinaria de la Asociación de Enfermería Comunitaria que se celebrará, en fecha 30 de octubre de 2004, a las 18:00 horas en primera convocatoria en el Balneario de Archena (Murcia), con el siguiente orden del día:

1. Lectura y aprobación del acta anterior
2. Regulación de Reglamento de Régimen interno
3. Relaciones con otras instituciones y sociedades
4. Líneas de trabajo y propuestas de futuro
5. Informe económico
6. Ruegos y preguntas
7. Elecciones



**ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA COMUNITARIA**

Junta Directiva AEC

## Conclusiones III Reunión de Invierno de la AEC

# Enfermería, cuidados y comunidad

Anuntxa Giralta Guembe

### RAZONES DE UNAS JORNADAS...

El lema central de las I Jornadas de Enfermería Comunitaria de Navarra (III Reunión de Invierno de la AEC), engloba todo el significado que tiene el ser enfermera comunitaria. Y es que, según las propuestas de la OMS, plasmadas en el documento Salud XXI: "la enfermera es un profesional clave, en la organización de la APS, que puede realizar tareas de promoción de salud y prevención de la enfermedad, además de su papel proveedor de cuidados".

La labor que desarrolla la enfermera en la comunidad y la enfermera que la OMS propone, están en la misma línea de trabajo. Es por esto por lo que decidimos que, en estos dos días de encuentro, el tema central sería analizar y ver cuáles son los avances que se están dando en el trabajo de las enfermeras en la comunidad, cuáles son las líneas de investigación en cuidados enfermeros que se están desarrollando y cuáles van a ser las propuestas de futuro, así como cuál será el desarrollo académico y profesional al respecto, que se vislumbra en el marco de la unión europea.

### PUNTOS DE ENCUENTRO

En las jornadas, los "Puntos de encuentro" ofrecieron temas de formación y actualización profesional que permitirán mejorar la calidad de la atención a los usuarios. Entre sus conclusiones destacamos:

#### "Enfermería e inmigración":

- la atención de enfermería a la población inmigrante no debería considerarse un problema, sino un RETO;

- la empatía, la escucha y la adaptación deberían ser nuestras herramientas fundamentales en la atención a este grupo poblacional;

- los mediadores sociales pueden ser uno de los puntos de "enlace" con la población inmigrante.

#### "Enfermería, promotora de salud":

- existen principios de "buenas intenciones" respecto a la promoción de la salud pero luego hay déficits en cuanto a cómo desarrollarla y llevarla a cabo;

- deben captarse los líderes comunitarios, o de grupo, para desarrollar una buena labor.

#### "Enfermería y las asociaciones de la comunidad"

- debería existir una relación más o menos periódica con las asociaciones para intercambio de información;

- la formación continuada habría de ser organizada conjuntamente con asociaciones;

- la información al usuario debería ser personalizada: que cada paciente conozca a SU enfermera.

### CONCLUSIONES DE LAS JORNADAS

Durante los dos días de actos científicos se pudieron extraer algunas conclusiones muy interesantes:

- El trabajo como enfermeras implica también un progreso personal, que ayuda a mejorar la atención de las personas atendidas.

- La enfermería comunitaria tiene unas limitaciones (unas por parte de la administración y otras de orden académico), que impiden el máximo desarrollo como profesión, en detrimento de la calidad de la atención prestada.

- Los lenguajes estandarizados de los problemas que las enfermeras detectamos y tratamos, nos ayudarán a crecer como profesión. Esto será una realidad y nos permitirá mejorar nuestra labor investigadora en la calidad y la aportación de los cuidados que las enfermeras prestamos

- La AEC podría aglutinar enfermeras interesadas en "enfermería e inmigración", para formar un grupo de trabajo y profundizar sobre ello.

#### Premios de Investigación

Los premios de investigación a las mejores comunicaciones recayeron en los siguientes trabajos:

Mejor comunicación oral: "Grupo de autoapoyo en el manejo de la ansiedad de Baztán" Mertxe Sanvicente, Ana Cariñena

Mejor poster: "Educación sexual en la escuela" Serrano Guillermo A. (colaborador: Vicente Uriel, Director del I.E.S. Cerro de la Cruz)



## Estatuto Marco y LOPS: una lectura particular...

Junta Directiva AEC

El congreso de los diputados ha aprobado recientemente dos leyes que afectan a las enfermeras comunitarias. Tanto el Estatuto Marco, como la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias nos repercuten directamente, así que haremos desde aquí un breve comentario a las mismas.

### ESTATUTO MARCO

El capítulo I establece el carácter funcionarial de la relación estatutaria mientras que el capítulo II clasifica al personal estatutario atendiendo a la función desarrollada (función sanitaria o función de gestión de servicios), y al tipo de nombramiento fijo o temporal. Los profesionales de enfermería encajamos en el apartado de Diplomados sanitarios. Esperamos que las expectativas de desarrollo profesional y de las especialidades se conviertan en realidad, pues hasta el momento el decreto de especialidades no se ha desarrollado y la licenciatura sigue estancada, sin que el Estatuto Marco aporte nada nuevo, (si bien es verdad que deja las "puertas abiertas"). Tendremos que esperar a ver lo que sucede con los acuerdos en la Unión Europea en materia de ordenación universitaria. En cuanto a la licenciatura, es preferible la expresión "licenciados sanitarios" a la de facultativos, utilizada en el Estatuto.

En el capítulo III, "Planificación y Ordenación del Personal", se determinan las funciones que desarrollarán la Comisión de Recursos Humanos del SNS y el Consejo Interterritorial del SNS, quedando los planes de ordenación de recursos humanos, la ordenación del personal estatutario, la creación, modificación y supresión de categorías y los registros sanitarios en manos de los servicios de salud de cada comunidad autónoma.

Aquí el Estatuto Marco deja "las funciones, competencias aptitudes profesionales y los contenidos específicos de las distintas categorías o grupos profesionales" para que sean establecidas en las diferentes comunidades autónomas.

En el capítulo IV se tratan los derechos y deberes. El artículo 17 sobre derechos individuales establece en su apartado "c" el derecho a la formación continuada adecuada a la función desempeñada y al reconocimiento de su calificación profesional con relación a dichas funciones. Esperamos que los programas de formación se enfoquen hacia la adquisición de las competencias como de las aptitudes necesarias para el desarrollo de esas funciones que el Servicio de Salud considera necesarias. La pregunta

es, ¿hasta qué punto se establecerán mismas funciones en las distintas comunidades autónomas si para establecer éstos programas tendrán que ser analizadas las necesidades en materia de salud de sus poblaciones y los recursos tanto humanos como materiales de que disponen para darles respuesta? Podrían resultar requerimientos diferentes en las distintas comunidades autónomas y por tanto, programas de formación diferentes, profesionales con aptitudes diferentes para desarrollar distintas competencias. Lo que podría producir diferencias y repercutir tanto en la consideración de la carrera profesional, como en la de movilidad. La homologación de las distintas clases o categorías funcionales que dispone el Art. 37, por parte de la Comisión de Recursos Humanos, no va resultar suficiente si para concursar en un traslado se bareman programas de formación realizados en el área al que se solicita el traslado y no se valoran los realizados en el área de procedencia, o se bareman de forma diferente.

El apartado "j" del mismo artículo dice que el profesional tendrá derecho "a ser informado de las funciones, tareas, cometidos, programación funcional y objetivos asignados a su unidad, Centro o Institución, y de los sistemas establecidos para la evaluación del cumplimiento de los mismos". Esto significa que nuestra empresa debe informarnos sobre funciones, objetivos a cumplir y el sistema para evaluar el cumplimiento de los mismos.

Tanto la Comisión de Recursos Humanos como el Consejo Interterritorial del Sistema se reservan las importantes funciones de hacer que los diferentes servicios de salud se pongan de acuerdo para fun-



cionar coordinadamente integrando todos ellos el SNS (tanto en lo referente a organización como en lo referente a la formación de los profesionales).

## LA LEY DE ORDENACIÓN DE LAS PROFESIONES SANITARIAS

Especialmente esperada esta ley por dos preocupaciones fundamentales que sentimos las enfermeras que trabajamos en el ámbito de la Atención Primaria. Una es la creación de la especialidad y otra, la delimitación de funciones entre los grupos profesionales. Esta ley nos garantiza la consideración de profesión sanitaria puesto que cumplimos los dos requisitos para ser consideradas como tal.

A pesar de la controversia existente en la actualidad a cerca de la obligatoriedad de la colegiación, esta ley da poder a los colegios profesionales, al ser considerados como interlocutores válidos a la hora de dirimir desacuerdos, en cuanto a las competencias de distintos grupos profesionales. Esta ley en su exposición de motivos, apartado II, dice que: "no ha pretendido determinar las competencias de unas y otras profesiones de una forma cerrada y concreta, sino que establece las bases para que se produzcan estos pactos entre profesiones". En el apartado III de la misma de dice que en el Título Preliminar y en el Título I se establecen cuáles son las profesiones sanitarias, y determina los ámbitos funcionales propios de cada una de ella, pero no especifica las funciones.

En el Título I "Del ejercicio de las profesiones sanitarias", en su Art.4, y en el punto 6 se especifica la realización por parte de los profesionales de una formación continuada.

Haciendo referencia a la Ley del Estatuto Marco "nos darán esa formación en los servicios de salud", la elegiremos nosotros de acuerdo a las necesidades sentidas, y se dice además que los profesionales acreditarán regularmente su competencia. No entendemos muy bien si la acreditación tiene que ser ante los servicios de salud, en cuyo caso, los profesionales que trabajen para empresas privadas lo harán ante éstas, pero los que se dediquen al ejercicio libre de la profesión, ¿ante quién acreditarán?

En el apartado "c" del punto 7 del mismo Art. dice que, "se requerirá la existencia de normas escritas de funcionamiento interno y la definición de objetivos y funciones tanto generales como específicas para cada miembro del equipo, sección, servicio o unidad asistencial". Pero no dice de quién será la competencia de formular dichos reglamentos donde estarán especificadas las funciones a desarrollar, las "actividades" a realizar.

La pregunta que esto sugiere es ¿realizaremos las enfermeras unas actividades diferentes según las comunidades autónomas a las que pertenezcamos, o aún más: ¿serán éstas diferentes en cada equipo de salud?

En cuanto al tema de la especialidad deja la puerta abierta, pero no adelanta nada de lo que sucederá

respecto a la especialidad de enfermería comunitaria. Aparecen las áreas de capacitación específica que, según el conocimiento que tenemos del borrador de lo que iba a ser el Decreto de especialidades, podría referirse a la especialidad de enfermería clínica avanzada, especificando distintas áreas de capacitación.

*Estas leyes vuelven a ser un compás de espera hasta la nueva legislación autonómica*

Respecto al desarrollo profesional se articularán cuatro grados, pudiendo establecer uno preliminar las Administraciones Públicas. Para obtener el primer grado será necesario acreditar cinco años de ejercicio profesional. En el comité creado en el Centro o Institución para la acreditación habrá en su mayoría profesionales de la misma profesión sanitaria del evaluado, garantizándose la representación de miembros de su misma unidad, así mismo habrá evaluadores externos designados por agencias de calidad o sociedades científicas de su ámbito de competencia.

En la comisión de formación continuada también habrá representación de las sociedades científicas, de los colegios profesionales, de las universidades, del Consejo nacional de Especialidades y de las Administraciones públicas presentes en el Consejo Interterritorial del SNS.

Estas leyes, tanto la del Estatuto Marco como la de Ordenación de las Profesiones no han resuelto el problema; vuelven a ser un compás de espera hasta ver cómo legislan las Comunidades Autónomas.

Visita a la Escuela Superior de Enfermería de Oporto

## Enfermería Comunitaria en Portugal (I parte)

José Ramón Martínez Riera

La breve reseña que a continuación hago sobre la realidad de la Enfermería Comunitaria en Portugal, se enmarca en la visita que, dentro del programa Erasmus de movilidad del profesorado, tuve la oportunidad de realizar a la Escuela Superior de Enfermería de Oporto.

### ANTECEDENTES Y FORMACIÓN

En cualquier caso, y antes de profundizar en el tema que nos ocupa, se hace necesario abordar la profunda transformación que la Enfermería Portuguesa ha sufrido en los últimos años.

La Enfermería Portuguesa se integra en el año 1987 en el Politécnico (Institución de Estudios Superiores no adscrita a ninguna Universidad), como enseñanza superior desde su anterior ubicación en la Formación Profesional. Actualmente se está en fase de negociaciones para adscribir la totalidad de estudios, que se realizan en el mismo, a las diferentes Universidades portuguesas; proceso por el cual algunas de las actuales Escuelas Superiores de Enfermería se agruparán para conformar las nuevas Facultades de Enfermería.

En el año 1999 se produce la reconversión de sus estudios en Licenciatura gracias a la gran disposición mostrada por el entonces gobierno socialista de la Nación. Esta transformación es de tipo disciplinar no contemplándose todavía una modificación en aspectos puramente profesionales como los retributivos, aunque existen acuerdos explícitos con los dos principales sindicatos de enfermería para negociarlos tras un período de acoplamiento pactado previamente.

Las especialidades, a diferencia de lo que pasa en España, son desarrolladas en, y por las Escuelas Superiores de Enfermería, estando reguladas actualmente las de Salud maternal (matronas), cuidados pediátricos, enfermería medico-quirúrgica, enfermería mental, enfermería comunitaria y enfermería de rehabilitación. "Gestión de Servicios de Enfermería" es considerada actualmente como formación de postgrado pero no como especialidad.

El proceso de la Licenciatura obligó a paralizar las especialidades con el fin de facilitar una progresiva convalidación de todas las enfermeras (paso similar al producido con nuestro curso de nivelación ATS-DUE). En ese período (hace tres años), se aprueba la creación de la Orden de Enfermeras,

contemplada por parte de las enfermeras como un gran logro, pese a la frontal y pertinaz oposición del colectivo médico en general y de la Orden de Médicos en particular. La Orden de Enfermeros (que se corresponde a nuestra Organización Colegial), es de carácter nacional y tiene sedes en el Norte, Centro y Sur del país. Su principal cometido es el de la ordenación de la profesión enfermera y es obligatoria la pertenencia de todas las enfermeras asistenciales, no así de las docentes (salvo para aquellas que deban realizar docencia en los centros sanitarios para seguimiento de prácticas de los alumnos, para las que también es obligatoria). En su corta vida, la Orden ya ha sido cuestionada por su equivocado papel en actividades más propias de los sindicatos. Así mismo ha tenido una discutible intervención en la regulación del currículo de las especialidades en las que ha introducido créditos ya desarrollados en pregrado y que no parece que



En el C.S. de Matosinhos, con directivos de A.P. y el profesor de la escuela Superior de Enfermería de Oporto.

tenga mucho sentido volverlos a incluir, en lugar de dar todo el peso a los aspectos clínicos y prácticos propios de cada especialidad.

Hasta su integración en la Universidad, y mientras sigan en el Politécnico las Escuelas Superiores de Enfermería, no pueden desarrollar programas de Master y de Doctorado, aunque mediante acuerdos y protocolos con Universidades los vienen desarrollando. En la actualidad el único doctorado en Enfermería desarrollado en Portugal se realiza en la Universidad de Coimbra por parte de la Escuela Superior de Enfermería de la Ciudad de Oporto.

## **ATENCIÓN PRIMARIA: ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN**

Las enfermeras comunitarias (denominadas "enfermeras de familia"), desarrollan su actividad en el ámbito de la Atención Primaria. La reforma de la Atención Primaria tiene características muy similares con las de España

Actualmente en Portugal se están introduciendo cambios importantes en la gestión y organización de las organizaciones sanitarias públicas con la introducción de criterios y formas de gestión privadas que transforman las anteriores estructuras en Unidades Locales de Salud que tienen como principales características:

- Concentración de las estructuras de Salud Pública, Atención Primaria y Atención Especializada, existentes en un Área geográfica de un Municipio, bajo la dirección de un único Consejo de Administración.

- El Consejo de Administración de la ULS está compuesto por el Presidente y dos vocales ejecutivos, otros cuatro vocales no ejecutivos: El Director Clínico de Atención Especializada, El Director Clínico de Atención Primaria, El Director de Enfermería y un representante del Municipio de Matosinhos.

- Las ULS son instituciones públicas con autonomía administrativa, financiera y patrimonial, orientada por una lógica de gestión empresarial.

- Creación de las Unidades de Salud Familiares como modelo básico de cuidados primarios, con el que se pretende que cada individuo tenga atribuido y reconozca a su Equipo de Salud Familiar, constituido por el Médico de Familia, la Enfermera de Familia y el Secretario Clínico.

- Potenciación de los Equipos de Salud Multidisciplinares de los que forman parte un Médico de Familia, un Enfermero de Familia, un Trabajador Social, un Psicólogo y un Nutricionista, asistidos por un Secretario Clínico.

Las ventajas que dicen aporta este nuevo modelo de gestión son:

- Mejor articulación entre instituciones y áreas de cuidados (salud pública, centro de salud y hospital).

- Mejor accesibilidad de los pacientes a los cuidados de salud.

- Facilidad de circulación de los usuarios entre el Centro de Salud y el Hospital.

- Mejor comunicación entre las instituciones y

entre los profesionales de salud, lo que facilita la detección de situaciones de riesgo y las necesidades de Salud de la Comunidad.

- Mayor facilidad para dar respuesta rápida y efectiva a las necesidades detectadas a través de la movilización y articulación de los recursos técnicos y humanos en todas las áreas de salud dentro de la institución.

- Mejor acompañamiento de los usuarios y garantía de continuidad de los cuidados en el domicilio a través de la gestión y cooperación de los diferentes recursos sociales de la comunidad.

Con estas premisas, y tras la visita que tuve la oportunidad de realizar, tanto a un Hospital de referencia de la ULS de Matosinhos como a un centro de Salud de dicha ULS, relataré, de forma resumida, la actividad y organización de las enfermeras comunitarias (de familia) en el siguiente número.]

## Cuidando en un espacio común

Comité Científico

La celebración de estas Jornadas irá unido al dolor y la tristeza que nos produjeron los acontecimientos de la mañana del 11 de marzo, así como la solidaridad con los familiares, voluntarios, profesionales y todo el pueblo de Madrid, con quienes los participantes en estas Jornadas enfermeros Aragoneses y de otras Comunidades en todo momento nos sentimos tan próximos.

### LAS PONENCIAS

Así, hemos recordado la participación de los ponentes en las distintas mesas. En primer lugar, conocimos la experiencia del personal de enfermería, que ocupando cargos de decisión y responsabilidad han unificado criterios y realizado la planificación adecuada, consiguiendo una mejor aplicación en los cuidados enfermeros como la experiencia con las enfermeras de enlace en Andalucía.

Siguiendo y mirando hacia el futuro de los planes de formación dentro del ámbito Europeo, se habló del abordaje de los mismos, que conllevará sin duda la redefinición del curriculum disciplinar en el ámbito académico, ampliando el campo del conocimiento enfermero hacia las Ciencias Humanas, lo cual tendrá repercusiones en el ámbito laboral. Nuestra convergencia con Europa nos lleva a un cambio de paradigma dentro de la Enfermería centrado, además de en el positivismo y en la racionalidad técnica, en el constructivismo y en la irrepitibilidad de la biografía de los individuos.

En la mesa "inmigración y salud" se evidenció la necesidad de apertura de la enfermera a la sociedad (atención holística), interaccionando con asociaciones socioculturales, ONG's y colectivos, con el fin de comprender mejor la verdadera situación social así como la cultura de nuestro paciente inmigrante, y de diseñar campañas sanitarias más adaptadas a la realidad favoreciendo una mejor adherencia a las mismas.

En la Gestión de Cuidados, nos indicó que todos debemos seguir trabajando en ella, desde los equipos directivos (motivando, facilitando la formación...) hasta la enfermera de base, ya que en ella recae la actual aplicación y la futura aplicabilidad (siguiendo una metodología propia y adaptada) de los cuidados enfermeros.

Cercano a ello podemos decir: "La calidad está al alcance de todos", desde la atención primaria a la hospitalaria, desde la realización de ciclos de mejo-



© J. Romeu

ra continua de calidad hasta las valoraciones globales del modelo EFQM..., o simplemente viendo si el futuro se podría orientar hacia los "magnéticos" hospitales. Nunca olvidando nuestro origen: cuidar a las personas.

### COMUNICANDO...

Al centrarnos en las distintas comunicaciones, pudimos ver que una meta mayoritaria era cómo conseguir una mayor calidad y una mejora continua de los cuidados desde las distintas perspectivas de la calidad científico-técnica, satisfacción, accesibilidad, efectividad.... Mencionar los premios otorgados por el comité científico a las mejores comunicaciones (oral y póster) sobre dos temas de actualidad que se deben fomentar: la investigación en la enfermería y la aplicabilidad de la metodología enfermera. El interés se mantuvo desde la inauguración –con una lección magistral y a su vez "cercana y familiar" sobre D. Pedro Ramón y Cajal– hasta la clausura, con la no menos inolvidable conferencia de D. Fidel Delgado recordándonos la importancia de "aprender a cuidarnos para poder cuidar".

### CONCLUSIÓN

Por último, decir que una conclusión lleva implícito acabar y nunca debemos dar como finalizadas las actividades de unas Jornadas; algunas amistades nuevas surgen otras antiguas se recuperan y nunca debemos olvidar aquella charla o aquel ponente que nos impacto dejándonos ver una nueva dimensión de esta profesión tan nuestra: la ENFERMERÍA. ]

# De la teoría a la práctica de los cuidados

José Ramón Martínez Riera



Durante los pasados 10 y 11 de marzo se celebraron en Alicante, las II Jornadas Nacionales de la Sociedad Científica Española de Licenciados en Enfermería (SCELE), con el lema: "De la Teoría a la Práctica de los Cuidados".

El día 9 tenían lugar los talleres Pre-congresuales a cargo de los Profesores D. Julio Cabrero García y D<sup>a</sup> Isabel Orts Cortes, el Profesor D. Miguel Richard Martínez y la Profesora D<sup>a</sup> Isabel Casanovas y que versaron sobre "Revisiones sistemáticas", "Cómo publicar en revistas científicas" e "Investigación cualitativa".

## INAUGURACIÓN

Tras la inauguración de las jornadas tuvo lugar la conferencia de apertura, "Enfermería Basada en Pruebas", que corrió a cargo de la Dra. D<sup>a</sup> Teresa Icart. Icart destacó la importancia de la Investigación en Enfermería para poder avanzar disciplinar y profesionalmente, en base a los hallazgos que de la misma se desprendan, y así poder obtener evidencias científicas en las que sustentar la actividad enfermera. La Dra. Icart subrayó la identidad propia de la Enfermería Basada en la Evidencia, para desligarla del discurso imperante por el cual se le asocia a la Medicina basada en la evidencia como un modelo mimético de esta corriente o una moda o corriente actual.

## DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

En la Mesa Redonda sobre "los Diagnósticos de Enfermería" la Profesora Ugalde destacaba la importancia de las palabras y su significado, al tiempo que ahondaba en la necesidad de construir, utilizar y dinamizar una Taxonomía que nos identifique y nos una como profesionales más allá de cualquier barrera. La NANDA, el NIC y el NOC, el NIPE, el CIE... fueron analizados con el fin de sustentar la base de su necesidad.

Por su parte la Sra. Rosa González presentaría el programa Gacela instaurado en un Hospital Gallego,

para llevar a cabo la gestión de cuidados de las enfermeras de dicho centro. La potente herramienta ha sido introducida de manera sistemática en las 45 unidades con las que cuenta el Hospital, teniendo que realizar un importante esfuerzo para dotarlas de terminales e impresoras y sobre todo para poder realizar la Formación de las enfermeras en su utilización e interpretación. A pesar de las deficientes condiciones de trabajo derivadas de la escasez de personal, la Sra. González apuntó el importante grado de aceptación alcanzado y la minimización de resistencia al cambio. El programa permite, en base al modelo de Virginia Henderson, planificar de manera personalizada y/o estandarizada los cuidados de los pacientes.

## 11-M

El día 11 comenzaba con la luctuosa y terrible noticia del brutal atentado cometido en Madrid, si bien a primera hora de la mañana aún no se era consciente del alcance real del mismo. Lamentablemente, y como si de un fatal presagio se tratase, la Mesa Redonda "Aplicación de Programas Informáticos a la Práctica Enfermera", no se pudo celebrar dado que los ponentes, señores Albert Cortés Borra, Luis Torrecilla y José Manuel Cuesta Toro, de manera incomprensible, y cuanto menos poco elegante, no asistieron sin que su ausencia fuese ni previa, ni posteriormente, justificada. Esta actitud generó el lógico desencanto y malestar entre los organizadores, quienes dieron las oportunas aclaraciones a los asistentes al tiempo que les trasladaban sus disculpas. El contenido de la Mesa se sustituyó por el pase de un vídeo sobre el tema y el posterior debate sobre el mismo.

A las 12 horas todos los asistentes acudieron al acto de repulsa por el Atentado de Madrid convocado por la Universidad concentrándose de manera silenciosa junto a estudiantes, profesores y resto de personal de la Universidad.

Tras la comida, la Directora de la Escuela de Enfermería de Alicante anunció que la Universidad había decidido suspender toda actividad en señal de duelo por los terribles acontecimientos. La Directora invitó a los presentes a asistir al desarrollo de la citada Mesa en el próximo mes de Junio con los mismos componentes, pidiendo disculpas por los posibles trastornos. En señal de respeto, de rechazo y de solidaridad con las víctimas, se guardó un minuto de silencio, tras el cual se daban por finalizadas las Jornadas.]

Aceptado por primera vez, un diagnóstico de una enfermera no estadounidense

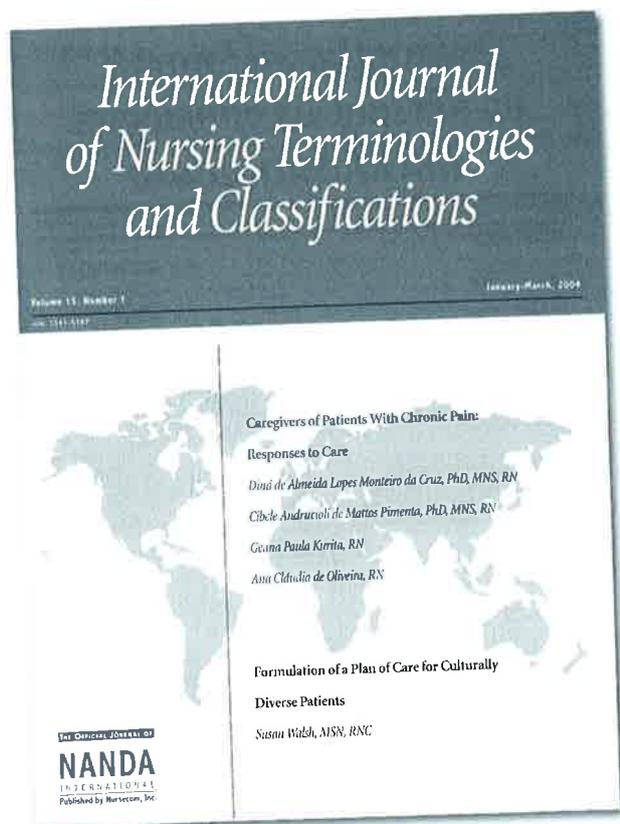
## Carpenito anuncia la aprobación del primer diagnóstico validado por un enfermero comunitario español.

Francisca Anaya Cintas

El pasado día 14 de mayo, Lynda Carpenito anunció en Valencia que la NANDA ha aceptado el diagnóstico enfermero "sedentarismo", validado en España por el enfermero Josep Adolf Guirao Goris. En su conferencia, Carpenito expuso que esta nueva etiqueta diagnóstica es la que mayor evidencia tiene de todas las aceptadas en 2004. Por otra parte, la NANDA en el último número de su revista anuncia que de 13 diagnósticos sometidos a la aceptación, por parte del Comité de Revisión Diagnóstica, se aceptaron únicamente cuatro, el ya mencionado y los de "religiosidad deteriorada, riesgo de religiosidad deteriorada, y disposición para mejorar la religiosidad".

En el momento actual, el autor de este nuevo diagnóstico se encuentra en proceso de redacción del comunicado de investigación de una segunda fase del proceso de validación entre enfermeras de habla hispana. Entre los proyectos que tiene el autor se encuentra la realización de su tesis doctoral sobre esta misma línea temática. Para aquellos que deseen conocer el diagnóstico enfermero aceptado por la NANDA pueden descargar el artículo original en la dirección:

<http://webs.ono.com/adolf.guirao/sedentarismo.pdf>



*Esta sección que ahora inauguramos quiere ser un espacio en el que tenga cabida noticias, informaciones, opiniones, tomas de posición, impresiones, etc. Un espacio abierto, comunitario, participativo, democrático... y enfermero; que es tanto como un lugar de encuentro en el que poner en valor algunos de los asuntos que nos pertenecen y nos importan. Por eso, y desde ahora, podrás hacernos llegar al correo que señalamos al final, todo lo que consideres que merece ser conocido por los colegas que creen que el mundo es a la vez, un espacio inabarcable y un territorio donde nada de lo que les ocurre a otros nos resulta ajeno.*

*Pongamos, como diría Sabina, que hablo de... comunicar lo comunitario. Pongamos que creemos que es posible un pensamiento universal y una actuación local. Supongamos que hablamos de Enfermería Comunitaria.*

*Incluiremos también, en esta sección, las preguntas que nos hacemos el grupo curiosos empe-*

*dercidos. Preguntas que bien podrían ser objeto de estudio e investigación por quienes se sientan estimulados a buscar posibles respuestas.*

*Y una cosa más, si nuestros lectores se animan, podrán participar activamente en: El juego de la respuesta ingeniosa.*

*Presentamos desde ahora tres secciones –por el precio de una– en nuestra revista, con el propósito de animaros a conocer o recordar todo aquello que forma parte de un pensamiento comunitario enfermero, y que amplía el conocimiento y la práctica de un mundo donde podemos asegurar que existe evidencia de “vida inteligente”.*

*Y aunque no siempre podremos sustraernos a hacer algún comentario, preferiremos que las opiniones y el pensamiento crítico lo pongas tú.*

*También nos gustaría que cupiera el humor. Por supuesto el inteligente y en sus distintas versiones gráficas.*

## Comunicar lo comunitario

### Osakidetza retira una guía que daba a enfermería funciones medicas

El Servicio Vasco de Salud –Osakidetza– ha decidido retirar una guía que daba a la enfermería la capacidad de diagnosticar, recetar, iniciar un tratamiento y conceder una baja temporal cuando se produjeran picos de demanda. Había sido elaborada por los profesionales del centro de salud de Lakuabizarrá, en Álava, pero contaba con la aprobación de las direcciones médica y de enfermería de la comarca.

*Diario Médico. 17 de diciembre de 2003.*

### Colegas de la Comunidad Autónoma de Cantabria publican un Manual de Metodología de trabajo Enfermero en Atención Primaria

Un texto de más de cien páginas que se presenta como una interesante “propuesta para la implantación de la Metodología de trabajo enfermero en Atención Primaria de Salud”. Un texto que viene a llenar un hueco para la práctica profesional con metodología enfermera para quienes comprenden que trabajar con método terminará por hacerse una actividad que se parece más a intervenciones rutinarias y voluntaristas que a un trabajo pasado en el pensamiento crítico.

*Publicado por la Consejería de Sanidad y Servicio Sociales. El Gobierno de Cantabria. 2004.*

### Salud moderna, eficiente y de calidad

Una vez desplegada en toda Andalucía la red de Enfermería comunitaria a domicilio para atención a enfermos dependientes y a sus familias, vamos a dar un paso más y vamos a crear la función, en los equipos de Atención Primaria, de la Enfermera de Barrio, cuyo principal cometido será reforzar los programas de apoyo a domicilio de los pacientes y las actividades comunitarias de promoción y prevención, desde una posición de proximidad y cercanía.

*Crecer en derechos Sociales, Propuestas del PSOE de Andalucía. Elecciones Autonómicas 2004*



## Atención Social

La consulta de enfermería que se lleva a cabo diariamente en las asociaciones de los barrios de Jumisa, la Paz, el Cerro, Navarrosa y el Molinillo registran al mes 413 pacientes, además de las consultas esporádicas para hacer curas puntuales –según explica Charo Tovar que está al frente de este servicio municipal desde hace más de tres años–. La mayoría de las personas que acuden a este servicio (proporcionado por el ayuntamiento de Navalmoral) son mayores de 65 años, sector de población para el que prioritariamente está dirigida la consulta; aunque Tovar puntualiza que “se atiende a cualquier ciudadano que necesite un cuidado de enfermería”.

Las atenciones más demandadas son la toma de la tensión arterial y del pulso (para detectar si el paciente padece hipertensión), los análisis de glucemias, educación sanitaria contra el colesterol y las dislipemias, el control del peso corporal, curas e inyectables.

Además se realiza una atención domiciliaria para las personas que tienen problemas de movilidad. Tovar señala que, este servicio es fundamental para estas personas que no pueden desplazarse con asiduidad al centro de salud.

El mayor número de pacientes que asisten a esta consulta se contabiliza en el barrio de El Cerro. En el local de la asociación de vecinos se atiende mensualmente a 127 pacientes, 86 en el barrio de la Paz, 82 en Jumisa, 73 pacientes en el de Navarrosa y en el Molinillo se contabilizan 45.

*El Periódico de Extremadura, 11 de Abril de 2004*

## Medio ambiente

“La mayoría de las personas que han cumplido cincuenta años o más toman diariamente un fármaco o dos, o tres, o diez. A medida que aumenta el nivel de vida y la vida de su nivel se ingiere mayor número de pastillas. El asunto ha llegado actualmente a un grado que algunos investigadores, como el doctor Christian G. Daughton (...) han mostrado su inquietud respecto a los efectos que los residuos humanos de gentes medicamentadas estén ocasionando en el medio ambiente. La salud de la naturaleza se vería así perjudicada por nuestra salud, o por nuestra mala salud que requiere tanta ingesta química.(...) La vegetación, el aire limpio, el agua cristalina, todo ello empieza a hallarse medicalizado o a punto de una prescripción.¿Cuánto tiempo hará falta, pues, para que los médicos, los farmacéuticos, las enfermeras, tomen absolutamente el poder?”

*Vicente Verdú. El País, 23 de Abril de 2004*

## La dotación de enfermeras en los hospitales influye en la mortalidad de los pacientes, así como sobre la satisfacción en el trabajo y burn-out de las profesionales

Lo más relevante del estudio de Aiken es, sin duda, sacar a la luz la influencia de la carga de cuidados de las enfermeras hospitalarias, sobre algo tan esencial como la mortalidad de los pacientes. Estos hallazgos merecen consideración especial en nuestro entorno, donde cada enfermera es responsable, por término medio, de un número mucho mayor de pacientes que en los hospitales de EE.UU. donde se realizó el estudio (...). La influencia de una buena práctica enfermera sobre los resultados clínicos, demostrado en numerosos estudios, debería llamar la atención la necesidad de monitorizar la información que permita adecuar las plantillas de enfermería a las necesidades de cuidados de los pacientes.

El estudio pone así mismo en evidencia la influencia de la carga de cuidados sobre el burn-out y la insatisfacción laboral de las enfermeras.

Y nosotros nos preguntamos: ¿También el abandono profesional prematuro y la emigración de las enfermeras hacia atención primaria? ¿Podría replicar este estudio en Atención Primaria?

*Gestión Clínica y Sanitaria Vol. 5 nº2 Verano de 2003*

## Curiosos empedernidos

- ¿Por qué las enfermeras de atención especializada desean trabajar en atención primaria?
- ¿Influimos los enfermeros en el correcto manejo del proceso de enfermedad en las personas con problemas de salud crónicos?

## La respuesta más ingeniosa

Hoy la pregunta es:

¿Por qué cuando miramos a otros lo hacemos a los ojos?

Las respuestas y vuestras noticias podéis enviarlas al correo: [agalindo@unex.es](mailto:agalindo@unex.es)



## In memoriam...

*Lo escribimos entonces, y hoy se publica en el BEC porque no lo hemos olvidado... Como ciudadanos, no hemos olvidado la muerte injusta de otros ciudadanos, de otros seres humanos, de otros compañeros. No olvidamos su derecho a la vida.*

*Aquellos días asistimos impactados al horror y al dolor. Desde la AEC, como enfermeras comunitarias, nos hemos pronunciado siempre en contra de la guerra, de cualquier guerra, en contra del terrorismo, de la violencia hacia otros seres humanos (mujeres, niños, ancianos, colectivos y personas individuales).*

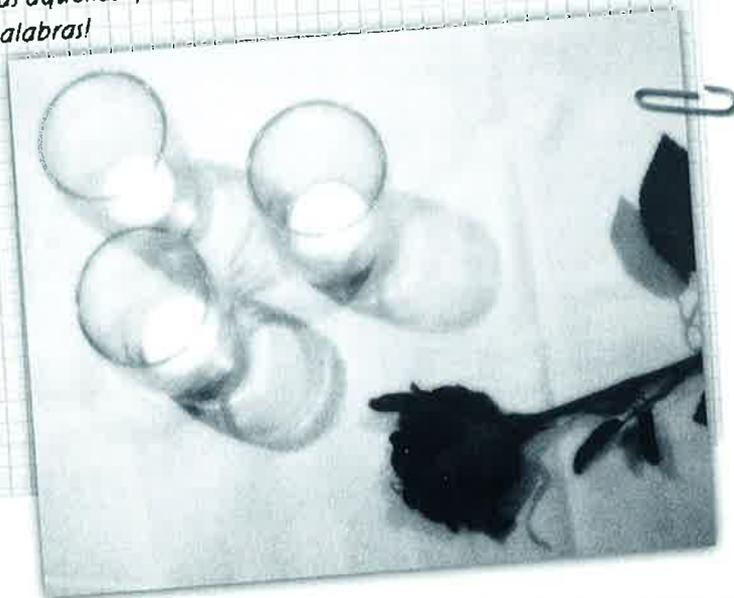
*El dolor y la violencia son contrarios al desarrollo de la salud. Debíamos combatirlos como enfermedades a erradicar, reflexionando sobre ello como el indicador de salud social y ético de la sociedad de la que informan. La intolerancia, el fanatismo, la incapacidad para dialogar, nos hablarán de problemas de salud en el concepto amplio y holístico; nosotras, las enfermeras comunitarias, así lo entendemos.*

*En esos tristes días, y junto a otros profesionales, como no podía ser de otra manera, la enfermería estuvo como está siempre: de "servicio". Es decir, se mostró inasequible al cansancio, que no es otra cosa que aquello que todos los días hace: dar servicio al ciudadano, cuidarle, acompañarle, asesorarle, y escucharle. Las enfermeras estamos al lado de los hombres desde antes de su nacimiento, hasta cuando como en estas circunstancias, una vez se han ido, acompañando a las personas que les han perdido, a reincorporarse al don de la vida y recordarles en paz y con amor, porque esto es salud y enfermería.*

*Ayudar a asumir el horror y transformarlo en madurez y crecimiento interior, ayudar a recuperar la acción y la sonrisa, en definitiva, a recuperar la vida, es trabajo de la enfermería junto a la sociedad. Es aquello que la compañera Inés Novellón haría, si le hubiesen dejado: sustentar y dignificar, con la eficacia de nuestras acciones, el rol de la enfermería.*

*Los que nos han dejado viven en los que los han amado y se abrigan con los recuerdos de cuanto compartieron. Poco a poco, irán curando las heridas físicas, y nosotras, las enfermeras, diremos siempre junto a los poetas:*

*¡Tristes armas, tristes armas aquellas que no sean el cuidado de nuestras manos y la sabiduría de nuestras palabras!*





## El elefante

Érase una vez, en los confines de una tierra que no estaba ni muy al Norte ni muy al Sur, ni tampoco muy al Este ni muy al Oeste, había una ciudad que tenía una no muy extraña particularidad: todos sus habitantes eran ciegos. Pero como quiera que su contacto con los poseedores de la visión, era cada vez más raro y escaso, habían olvidado su condición y, se habían acostumbrado a esa forma de vida con toda normalidad.

En las tradiciones de aquella comunidad, al igual que en muchas otras, se hablaba de la existencia de un misterioso animal que nadie podía definir ni describir y, al que los buscadores perseguían en mil y un intentos por conocer. Tan sólo se sabía que tenía por nombre: Elefante y, que un día, tampoco muy lejano, se lo llegaría a conocer.

Sucedió en un otoño ventoso que un rey venido de una lejana tierra, acompañado de su impotente cortejo, llegó con un elefante acampando cerca del lugar. Al poco tiempo, el rumor se extendió alcanzando a la ciudad de los ciegos que sintió por fin llegada su oportunidad de satisfacer aquella histórica curiosidad: conocer al elefante. Hasta entonces, sólo contaban con conjeturas acerca del mismo, existiendo siempre estudiosos e investigadores que comunicaban apasionadamente sus conclusiones. Sin embargo éstos no llegaban totalmente a convencer al pueblo, que tenía serias dudas acerca de la verdad definitiva.

Por ésta y otras razones, algunos miembros de los más aventureros de la ciudad de los ciegos, aprovecharon la ocasión de conocer y, se marcharon a investigar y comprobar la verdad definitiva de cómo era aquello que los obsesionaba.

Y así tras el largo camino, conforme uno a uno llegaba junto a su imponente presencia, tanteaban y tocaban con minuciosidad lo que cada cual podía percibir de su cuerpo. De esta forma y tras recibir su información correspondiente alcanzaban extraordi-

narias conclusiones: cada uno pensó que al fin conocía el Misterio, que al fin sabía lo que tanto habían buscado, porque por fin había llegado el día en que lo habían podido tocar con sus propias manos.

Poco a poco, cada uno de los aventureros fue regresando a la Ciudad de los Ciegos, en donde sus conciudadanos esperaban apiñados e inquietos formando impacientes grupos. Todos estaban ansiosos buscando al verdad.

Llegó el momento de exponer públicamente la forma y aspecto del elefante, de manera tal que todo el pueblo escuchara lo que aquellos estudiosos iban a disertar:

“Adopta una forma grande, rugosa, ancha y gruesa como un felpudo viviente...”

El pueblo que escuchaba exclamó en un rumor de sorpresa.

Cuando le tocó le turno al que había palpado al trompa dijo a los presentes:

“Yo conozco los hechos reales. Puedo jurar por el horror de mi estirpe que es como un tubo recto y hueco, horrible y destructivo.”

Un nuevo rumor de comentarios y exclamaciones se manifestó en los presentes.

Seguidamente habló el que había palpado la panza.

“Hacedme caso, Yo sé de verdad como es. Es una masa enorme, abultada e inabarcable. Permanece tranquila y parece moverse con mucha lentitud”.

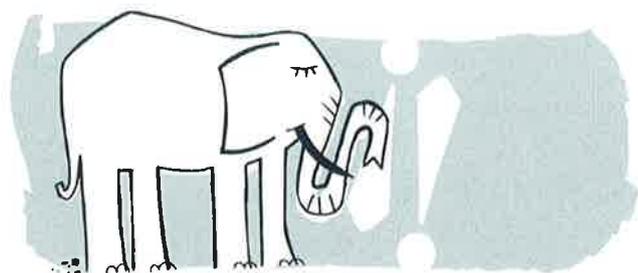
Y por fin le tocó el turno al último que como quiera que había tocado sus patas dijo:

“Es poderoso, recto y firme como un pilar. Os lo juro”.

El pueblo ya había tomado posiciones y todos discutían acerca de los testimonios de los especialistas allí congregados. Cada punto de vista estaba desencadenando, no sólo una escuela, sino toda una corriente ideológica y cultural acerca de aquel antiguo Misterio.

De pronto y en medio de la gran controversia, se oyó la música de alguien distante que se aproximaba. Su melodía y su voz resultaban tan extrañamente resonantes que fueron apagando las voces y dialécticas de los presentes, mientras el canto de un estribillo, aumentando su tono decía:

*“El conocimiento de lo real no es compañero de los ciegos, sólo con otros ojos conocerás insospechados cielos”.*]





## **ADEPS** **www.adeps.org**

Web de la Asociación de Educación para la Salud, organización no gubernamental de carácter profesional y ámbito nacional fundada en 1984. La asociación está compuesta por profesionales sanitarios de todos los ámbitos y especialidades, así como por entidades e instituciones relacionados con la Educación y la Salud. ADEPS, trata de favorecer la cultura de la salud mediante la promoción de la Educación de la Salud, el aumento de la formación de los profesionales educadores y propia población, aumento de la sensibilidad de las instituciones competentes y asesoramiento a entidades públicas, etc. Muestra una gran cantidad de proyectos con posibilidad de participar en ellos, como el proyecto "sonrisa" (promoción de voluntariado señor), el programa de agentes jóvenes en Educación para la salud; además facilita el encuentro con agentes de salud y personas que trabajan en el ámbito de la EPS complementando formación y dando estrategias. También se puede consultar en su web la gran cantidad de documentos y publicaciones en EpS que ADEPS ha editado.

## **ADEES** **www.educacion paralasalud.com**

Portal creado por la Asociación de Enfermería "Educación y Salud" (asociación de ámbito nacional creada en el 2000), entre cuyos fines presenta el facilitar a los profesionales los recursos y herramientas necesarios para desarrollar intervenciones de promoción de la salud y apoyar actividades culturales y lúdicas dirigidas a la promoción de la salud, así como la creación de espacios de reflexión y encuentro de profesionales. La web, muestra diverso material, muy amplio, con numerosos enlaces de interés para educadores, padres y profesionales.

## **ALEZEIA** **www.alezeia.org**

La Asociación de Educación para la Salud, nacida en 1992, tiene como objetivo promover el desarrollo de la Educación para la salud (EpS) en la Atención Primaria de Salud y en la escuela, ofreciendo formación e información a sus profesionales promoviendo proyectos de investigación que acredite su calidad y eficacia. En la web de ALEZEIA encontramos gran información sobre sus actividades, publicaciones de referencia, intervenciones educativas con distintos colectivos, jornadas y cursos.

## **IUHPE** **www.iuhpe.org**

La Unión Internacional de Promoción y Educación para la Salud tiene ya medio siglo de vida y se trata de una asociación mundial de agencias gubernamentales, universidades, instituciones, ONGs y profesionales de todo el mundo, dedicada a la mejora de la salud de la población del mundo mediante la educación, la acción comunitaria y el desarrollo de políticas públicas que favorezcan la salud. En su web encontramos noticias y novedades, publicaciones y enlaces de referencia, posibilidad de registrarse como miembro, así como información sobre proyectos y próximos eventos. La IUHPE colabora con la OMS, UNESCO y UNICEF fomentando el libre intercambio de ideas, conocimientos, experiencias y el desarrollo de proyectos de colaboración, con el fin de promover la salud mundial y contribuir a la consecución de la equidad entre los países del mundo y en el seno de los mismos en materia de salud.]



## Jornadas y Congresos

- **5º Congreso AEC. "La medida del cuidado"**  
Balneario de Archena, 28-30 de Octubre de 2004  
Tel. 968225020 Fax. 968225154  
[www.enfermeriacomunitaria.org](http://www.enfermeriacomunitaria.org)  
[aec.secretaria@alquibla.com](mailto:aec.secretaria@alquibla.com)
- **V Reunión de Profesores de Enfermería Comunitaria**  
Balneario de Archena, 29 de Octubre de 2004  
Tel. 968225020 Fax. 968225154  
[www.enfermeriacomunitaria.org](http://www.enfermeriacomunitaria.org)  
[aec.secretaria@alquibla.com](mailto:aec.secretaria@alquibla.com)
- **12 Conferência Bial do Grupo de Trabalho dos Enfermeiros Investigadores Europeus**  
Lisboa, 5-8 de Octubre de 2004  
Tel. ( 351) 21 353 55 43  
[www.geotur.pt/wenr.ape/](http://www.geotur.pt/wenr.ape/)  
[apenfermeiros@clix.pt](mailto:apenfermeiros@clix.pt)
- **XXII Congreso de la Sociedad española de Calidad asistencial. "Haciendo Futuro"**  
Palmas de Gran Canaria, 5-8 de Octubre de 2004  
Tel. 928234278 Fax. 92823199  
[www.secalidad.org](http://www.secalidad.org)  
[congresoslpa@viajesecuador.net](mailto:congresoslpa@viajesecuador.net)
- **VI Congreso Nacional de Enfermería de la Infancia**  
Granada, 20-21 de Octubre de 2004  
Tel. 958 295 250 Fax. 958 295 640  
[www.hospitalvirgendelasnieves.org/Vlaeei/v\\_arrayanes@infonegocio.com](http://www.hospitalvirgendelasnieves.org/Vlaeei/v_arrayanes@infonegocio.com)
- **II Congreso internacional de Historia de la Enfermería. "Historia, magistra vitae. Conoce tu historia, conoce tu profesión"**  
Granada, 21-23 de Octubre de 2004  
Tel. 958293304 Fax. 958293304  
[www.index-f.com](http://www.index-f.com)  
[indexcd@interbook.net](mailto:indexcd@interbook.net)
- **VIII Encuentro de Investigación en Enfermería.**  
Sevilla, 17-20 de Noviembre de 2004  
Tel. 918222546 Fax. 913877897  
[www.isciii.es/investen/](http://www.isciii.es/investen/)  
[mmoreno@isciii.es](mailto:mmoreno@isciii.es)

## Cursos

- **Enfermería Comunitaria**  
Fuden. 250 horas. A distancia  
Tel. 915474881  
[www.fuden.es/formacion\\_curso\\_distacia.cfm?id\\_curso\\_dis=51&id\\_menu=186](http://www.fuden.es/formacion_curso_distacia.cfm?id_curso_dis=51&id_menu=186)
- **Salud Pública y EpS**  
Fuden. 250 horas. A distancia  
Tel. 915474881  
[www.fuden.es/formacion\\_curso\\_distacia.cfm?id\\_curso\\_dis=52&id\\_menu=186](http://www.fuden.es/formacion_curso_distacia.cfm?id_curso_dis=52&id_menu=186)
- **Diploma de Documentación en Enfermería**  
Universidad de Valencia. 11'42 créditos. Noviembre 2004  
[www.adeit.uv.es/postgrado-2004/](http://www.adeit.uv.es/postgrado-2004/)
- **Cuidados paliativos en el paciente terminal.**  
ENS. 40 horas. Del 18 al 22 de Octubre de 2004  
[www.isciii.es/imagenes/ens/2004/cursos/ddg/cuidados\\_paliativos.htm](http://www.isciii.es/imagenes/ens/2004/cursos/ddg/cuidados_paliativos.htm)
- **La familia como recurso básico de salud.**  
ENS. 20 horas. Del 27 al 29 de Octubre de 2004  
[www.isciii.es/imagenes/ens/2004/cursos/Planificacion\\_eco\\_salud/familia.htm](http://www.isciii.es/imagenes/ens/2004/cursos/Planificacion_eco_salud/familia.htm)
- **Metodología en Promoción de la Salud**  
ENS. 20 horas. Del 28 al 30 de Septiembre de 2004  
[www.isciii.es/imagenes/ens/2004/cursos/Programas\\_salud/metodologia.htm](http://www.isciii.es/imagenes/ens/2004/cursos/Programas_salud/metodologia.htm)
- **Prevención y Atención a la Violencia de género**  
ENS. 30 horas. Del 22 al 26 de Noviembre de 2004  
[www.isciii.es/imagenes/ens/2004/cursos/Programas\\_salud/prevencion\\_atencion.htm](http://www.isciii.es/imagenes/ens/2004/cursos/Programas_salud/prevencion_atencion.htm)

## Premios

- **Premios Metas de Enfermería 2004**  
Hasta el 30 de Septiembre de 2004  
[www.enfermeria21.com/premiosmetas/premios.htm](http://www.enfermeria21.com/premiosmetas/premios.htm)
- **VII Edición de los Premios SEEI**  
Hasta el 15 de Octubre 2004  
[www.seei.es](http://www.seei.es)
- **IX Premios de relatos Breves "San Juan de Dios" 2004**  
Hasta el 29 de Octubre de 2004  
[www.upco.es/webcorporativo/Centros/Fac\\_Esc/Euef/certamenes/](http://www.upco.es/webcorporativo/Centros/Fac_Esc/Euef/certamenes/)



### Enfermeras Centinelas en red

Manuel Mañá / Elena Fernández / Pilar Veledo / M<sup>o</sup> Paz García  
 Ana González / Daniel Fernández / Lydia Soto / Amparo Mesas

#### JUSTIFICACIÓN

Comunicar a la autoridad sanitaria los casos de determinadas enfermedades u otros problemas de salud, es obligatorio por parte de los proveedores de asistencia sanitaria en la mayoría de países europeos. La red centinela es un sistema de información que permite conocer las características e incidencia de determinados problemas de salud, especialmente en el ámbito de la atención primaria. Sin embargo, junto a la función de investigación y control de las epidemias, los sistemas de vigilancia fueron pensados, también para desarrollar funciones de seguimiento, evaluación de intervenciones y de las políticas de salud. Los objetivos de este sistema de información son:

- Establecer la vigilancia de problemas de salud concretos en atención primaria
- Incrementar el conocimiento de la morbilidad de las enfermedades transmisibles y no transmisibles
- Estudio de los factores de riesgo de las mismas
- Promover la participación de la atención primaria en la investigación epidemiológica.
- Evaluar el impacto de las actividades preventivas y de promoción de salud llevadas a cabo.
- Búsqueda de indicadores que permitan la comparación interregional e internacional.
- Orientar la gestión sanitaria.

El diagnóstico enfermero (DE) permite identificar problemas de salud de los que la enfermera es responsable. Sin embargo, a pesar de que los diagnósticos de enfermería justifican el 58.5% de la carga de trabajo de las enfermeras de atención primaria (según se demuestra en un estudio publicado por Del Pino et al) carecemos de dicha información por la escasa determinación de los mismos. Parece pues necesario conocer cuál es la frecuencia y distribución de las respuestas humanas

del individuo, grupo o comunidad, a su estado de salud o cualquier circunstancia vital, que guíe los cuidados enfermeros para planificar los servicios de enfermería en atención primaria. Por ello creemos necesario crear una red centinela enfermera que dé cuenta de los diagnósticos de enfermería a nivel del estado español.

Los objetivos principales de la Red Enfermera Centinela son:

- Promover la participación de los enfermeros de atención primaria en la investigación epidemiológica.
- Conocer la incidencia y prevalencia de los DdE en la población.
- Orientar la gestión enfermera en Atención primaria.
- Profundizar en el conocimiento de las características de las diferentes etiquetas diagnósticas en nuestra población.

#### NACIMIENTO DE UN PROYECTO

La idea de crear una Red de enfermeras Centinela nace a partir de la comunicación "Enfermera Centinela: un sistema de vigilancia útil", presentada en el transcurso del IV Congreso Nacional AEC (Tenerife 2002), despertando el interés de la Junta directiva de la AEC. Esto, sumado al trabajo de un grupo de profesionales, ha hecho posible que estemos llevando a cabo una experiencia piloto en la provincia de León desde el 2003.

#### MÉTODO

En la actualidad conforman la Red un total de 8 enfermeras. La población de estudio de la Red son 10.471 habitantes, lo que supone el 2% de los 506.511 habitantes de la provincia de León (datos del censo de 1999), quedando representados todos los grupos poblacionales.

A continuación señalamos los centros seleccionados así como los enfermeros participantes y la población diana a su cargo (Tabla 1).

DISTRIBUCIÓN DIAGNÓSTICOS EN ADULTOS (Tabla 1)

ENFERMERA	POB. DIANA(HAB.)	CENTRO DE SALUD	CENTRO DE SALUD(HAB)	MUNICIPIOS	DATOS PADRÓN
Manuel Mañá	1889	CS Ponferrada II	33377	Ponferrada	61965
Amparo Mesas	1896	CS Ponferrada II	33377	Ponferrada	61965
Lydia Soto	2119	CS José Aguado III	22390	León	139809
M <sup>a</sup> Paz García	2300	CS.S Andrés de Rabanedo	29000	San Andrés	23687
Pilar Veledo(pediatría)	1245(zona rural)	CS.S Andrés de Rabanedo	29000	San Andrés	23687
Ana González	1200	C.S. Villablino	13404	Villablino	14702



# Originales

Inicialmente, y debido a la falta de datos reales de Incidencia sobre diagnósticos enfermeros, nos planteamos como fase previa, un estudio de incidencia para en una segunda fase, y dependiendo de los resultados de éste, seleccionar las etiquetas a estudiar. Esta experiencia no trata de ser más que la punta de lanza de la futura Red nacional de Enfermeras Centinela, que esperamos que, con el esfuerzo de todos, quede definitivamente constituida después del 5º Congreso Nacional AEC.

Los datos obtenidos son fruto de la suma de incidencias encontradas en las diferentes consultas de los enfermeros centinela de nuestra provincia.

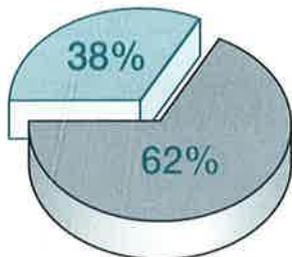
Ahora pasamos a presentar los resultados muestrales más destacados del primer y segundo cuatrimestre del año 2003.

## RESULTADOS

### 1) Primer cuatrimestre (Junio-Septiembre 2003)

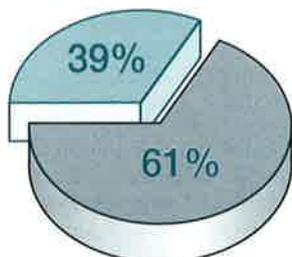
En el primer cuatrimestre y durante 16 semanas de notificación han sido detectados un total de 380 diagnósticos de los cuales 238 pertenecen a mayores de 14 años y 142 a niños (menores o igual a 14 años). La distribución en el ámbito rural es de 148 mientras que resulta 232 para el urbano.

**DISTRIBUCIÓN DE DIAGNÓSTICOS POR SEXO (Fig. 1)**



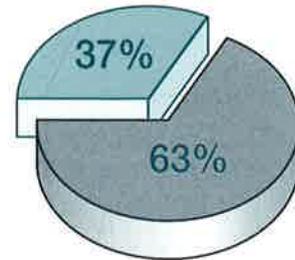
■ Mujer ■ Hombre

**DISTRIBUCIÓN DE DIAGNÓSTICOS RURAL-URBANO (Fig. 2)**



■ Rural ■ Urbano

**DISTRIBUCIÓN DE DIAGNÓSTICOS POR GRUPOS DE EDAD (Fig. 3)**



■ Niños ■ Adultos

**DISTRIBUCIÓN DIAGNÓSTICOS EN ADULTOS (Tabla 2)**

CÓDIGO	ETIQUETA	FRECUENCIA
46	Deterioro de la integridad cutánea	27
11	Estreñimiento	13
44	Deterioro de la integridad tisular	11
78	Manejo inefectivo del régimen terapéutico	11
84	Conductas generadoras de salud	11
122	Trastorno de la percepción sensorial	11
82	Manejo efectivo del régimen terapéutico	10
79	Incumplimiento del tratamiento	8
17	Incontinencia urinaria de esfuerzo	7
38	Riesgo de traumatismo	7
19	Incontinencia urinaria de urgencia	6
155	Riesgo de caídas	5
1	Desequilibrio nutricional: por exceso	3
Otros		108
Total		238

**DISTRIBUCIÓN DIAGNÓSTICOS EN NIÑOS (Tabla 3)**

CÓDIGO	ETIQUETA	FRECUENCIA
48	Deterioro de la dentición	59
38	Riesgo de traumatismo	20
1	Desequilibrio nutricional: por exceso	10
15	Riesgo de estreñimiento	10
11	Estreñimiento	6
46	Deterioro de la integridad cutánea	5
47	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	5
95	Deterioro del patrón de sueño	4
4	Riesgo de infección	3
Otros		20
Total		142

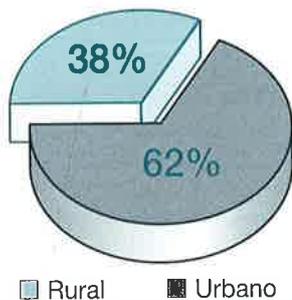


2) Segundo cuatrimestre (Octubre 2003-Enero 2004)  
En el segundo cuatrimestre y durante 12 semanas de notificación han sido detectados un total de 412 diagnósticos de los cuales 317 pertenecen a mayores de 14 años y 95 a niños (menores o igual a 14 años). La distribución en el ámbito rural es de 157 mientras que resulta 255 para el urbano.]

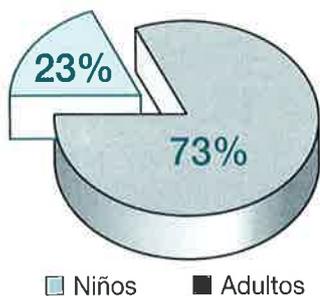
## DISTRIBUCIÓN DE DIAGNÓSTICOS POR SEXO (Fig. 4)



## DISTRIBUCIÓN DE DIAGNÓSTICOS RURAL-URBANO (Fig. 5)



## DISTRIBUCIÓN DE DIAGNÓSTICOS POR GRUPOS DE EDAD (Fig. 6)



## DISTRIBUCIÓN DIAGNÓSTICOS EN ADULTOS (Tabla 4)

CÓDIGO	ETIQUETA	FRECUENCIA
82	Manejo efectivo del régimen terapéutico	42
126	Conocimientos deficientes	33
44	Deterioro de la integridad tisular	23
1	Desequilibrio nutricional: por exceso	17
78	Manejo inefectivo del régimen terapéutico	16
79	Incumplimiento del tratamiento	15
43	Protección inefectiva	12
46	Deterioro de la integridad cutánea	11
4	Riesgo de infección	11
84	Conductas generadoras de salud	10
Otros		127
Total		317

## DISTRIBUCIÓN DIAGNÓSTICOS EN ADULTOS (Tabla 5)

CÓDIGO	ETIQUETA	FRECUENCIA
48	Deterioro de la dentición	20
104	Lactancia materna ineficaz	10
95	Deterioro del patrón de sueño	8
106	Lactancia materna eficaz	7
46	Deterioro de la integridad cutánea	7
1	Desequilibrio nutricional: por exceso	6
38	Riesgo de traumatismo	6
15	Riesgo de estreñimiento	4
132	Dolor agudo	4
Otros		23
Total		95

## BIBLIOGRAFIA

1. de Mateo S, Regidor E. La notificación de enfermedades y otros problemas de salud. *Med Clin* 1997; 109: 415-417.
2. Tello Anchuela O, Amela Heas C, Pachón del Amo I, Mantínez Navarro JF. Vigilancia de la Salud Pública. En: Martínez Navarro F et al. *Salud Pública*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana, 1999; 435-463.
3. RD 2210/1995 de 28 de diciembre por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Madrid.
4. Registro de morbilidad 1989-1991. *Bol. Epidemiológico de Castilla y León*; Valladolid; 1992;8:57-64
5. Del Pino Casado R; et al. Poder de explicación del diagnóstico enfermero en la actividad desarrollada en la consulta de enfermería de pacientes crónicos de atención primaria. *Enf Clin* 2001;1:3-8
6. Guirao-Gorís JA, Camaño Puig RE, Cuesta Zambrana A. *Diagnóstico de Enfermería. Categorías, Formulación e Investigación*. Ediversitas Multimedia SL 2001.
7. Mirón Canelo JA; Sáenz González MC; Sistemas de información sanitaria: red de vigilancia epidemiológica y atención primaria. Situación actual. *Rev. Atención Primaria* 1997; 19 (6): 323-327



## Medir el cuidado

El texto, desarrollado por una enfermera belga y dos italianas, ofrece una propuesta innovadora para medir la carga del trabajo enfermero. Las autoras, que desarrollan su actividad profesional en el campo de la gestión y administración, han experimentado, en primera persona, la fuerte exigencia de proporcionar una respuesta ante la necesidad de tomar decisiones respecto a la utilización de los cada vez más escasos recursos, para garantizar así el derecho a la salud. Sobre este último influye claramente la satisfacción de las necesidades de cuidados enfermeros, de ahí que este libro trate de ser un instrumento de reflexión y clarificación de los elementos metodológicos, indispensables para aplicar el sistema más adecuado de evaluación de la carga de trabajo a la propia realidad. Para conseguirlo, las autoras ofrecen: clarificación de algunos conceptos de base fundamentales para afrontar la cuestión de la carga de trabajo enfermero; identificación del contexto normativo en el que se enmarca; un análisis de los sistemas aplicados en los diferentes países europeos y extracomunitarios; un método de determinación; indicación de qué elementos destacar para enlazar el sistema de monitorización de la carga de trabajo con la mejora de la calidad de la asistencia, etc.

“Medir el cuidado” se halla dividido en tres partes. En la primera de ellas se ofrece un marco general del problema y un análisis de las referencias legislativas que en el transcurso de los años han ido apareciendo con el desarrollo del sistema sanitario. Y es que la respuesta a las necesidades de personal enfermero en los distintos servicios no puede ser provista a través de la aplicación de una referencia fija, establecida a nivel nacional y válida para todo el país y las diferentes realidades. Las novedades legislativas y culturales impone otros razonamientos que tengan como referencia la necesidad de garantizar cuidados enfermeros a quien lo necesite. Es necesario responder a la importante tarea que la sociedad nos reconoce, para lo cual las enfermeras tienen el derecho/deber de trabajar con medios idóneos, entre los cuales se encuentra el número óptimo de profesionales y de personal de soporte. La cuantificación de este número sólo puede ser formulada por quien ejerce la profesión enfermera...

Con respecto al panorama internacional se da buena muestra de todos los sistemas de clasificación existentes hasta ahora, que permiten obtener información respecto al servicio enfermero presta-

do, divididos en dos grandes categorías: sistemas para clasificar a las personas según su nivel de dependencia de cuidados (método New York, Hopkins, Goddard, suizo, sistema PNR, método SIIPS, y el SPAI-CaL) y los sistemas para la estandarización y codificación del lenguaje enfermero (NANDA, NIC, NOC, ICNP).

En la segunda parte del volumen, se explicitan conceptos fundamentales, como por ejemplo la necesidad de cuidados enfermeros y su visibilidad a través del rol enfermero. También se hace hincapié en que la asignación de personal enfermero no se debe llevar a cabo en base a parámetros estándar definidos a priori, sino basados en la determinación de las cargas de trabajo, para lo cual son necesarios instrumentos que demuestren valor científico en el cálculo del peso de los cuidados enfermeros. Para ello se muestra la propuesta de elaboración de un Sistema Informativo de la función enfermera (SIPI), instrumento capaz de desarrollar datos objetivos y comparables en grado de adaptar eficazmente el personal disponible a la necesidad de servicios enfermeros. Por último se describen las fases fundamentales del sistema SIPI (selección, definición, formulación y análisis de los indicadores de los servicios enfermeros; concretización de las escalas de medida para cada indicador y finalizando con la determinación del perfil de cuidados enfermeros ofertado según cada persona atendida), y del RIM (número mínimo de datos enfermeros)

El libro finaliza con un capítulo dedicado a la calidad de los servicios enfermeros y la valoración de la misma a través del sistema SIPI.]



### REFERENCIA BIBLIOGRAFIA:

Moiset C, Vanzetta M, Valicella F  
Medir el cuidado  
McGraw-Hill 2003 Milán

Disponible en:

[http://www.catalogo.mcgraw-hill.it/catLibro.asp?item\\_id=1455](http://www.catalogo.mcgraw-hill.it/catLibro.asp?item_id=1455)



## El Consentimiento Informado

Gracia Álvarez Andrés

Habitualmente, por consentimiento informado se entiende el papel que se da a firmar a un paciente antes de someterse a una intervención sanitaria. Sin embargo, y desde estas líneas, deseo poner de manifiesto que el consentimiento informado forma parte del proceso de información.

La ley 41/2002 regula el derecho a la información sanitaria: el consentimiento informado va más allá del papel firmado; este último es la constatación por escrito de que el paciente ha sido informado y está de acuerdo con el proceso al que se va a someter.

En el marco del respeto a la autonomía del paciente, el personal sanitario tenemos la obligación de dar al paciente la información necesaria y suficiente para que él tome la decisión. No daremos tantas explicaciones como si estuviéramos formando a un profesional, pero sí las suficientes para que el paciente pueda entender las posibilidades existentes, recordando que no estamos discutiendo con un compañero el curso de actuación, y que por tanto nuestro lenguaje debe ser sencillo y claro de forma que pueda ser comprendido por un profano en la materia.

El artículo 10 de dicha ley señala qué tipo de información debe recibir el paciente para que pueda tomar una decisión. De acuerdo con su contenido, la información debe versar sobre las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención originará con seguridad, sobre los riesgos relacionados con las circunstancias profesionales y personales del paciente, tanto los más graves aún no siendo muy

habituales, como los más leves pero muy habituales; todo ello acorde con el estado actual de la ciencia.

El consentimiento informado no debería convertirse nunca en un documento defensivo del profesional, que le exima de su responsabilidad como profesional. El hecho de que la decisión la tome el paciente no quiere decir que los profesionales no respondamos de nuestras actuaciones.

Se trata más bien de establecer con el paciente un tipo de relación que permita un intercambio de información fluido en el que se vaya dibujando un proceso de información adecuado. La relación clínica se ha ido horizontalizando, manifestándose dicho cambio en un respeto a la autonomía de personas, a su capacidad de decidir en materia de salud, quedando atrás el modelo paternalista. Hasta no hace mucho el hecho de padecer una enfermedad hacía suponer que la persona tenía una disminución de su capacidad para tomar decisiones, y se trataba al enfermo de forma parecida a como se trataba al menor de edad. En la actualidad, durante la relación clínica se establece un proceso de comunicación entre el paciente y el profesional sanitario que, manejado

*Lo verdaderamente relevante es el proceso de información.*

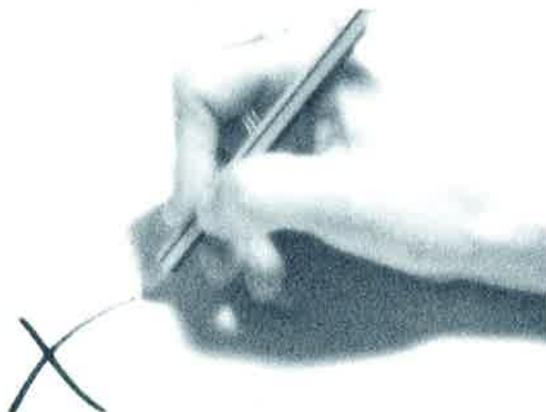
adecuadamente, permite que el paciente reciba la información necesaria y suficiente a cerca de su enfermedad, lo que le facilitará la toma de decisiones. Por ello no hay que olvidar que lo verdaderamente relevante es el proceso de información más que el documento del consentimiento en sí mismo.]

### BIBLIOGRAFIA

Simón P. "El consentimiento informado. Historia teoría y práctica" Madrid: Ed. Triacastela; 2000

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE nº 274 de 16-11-2002, (Pág. 40126)

Gracia Guillen, D. "Bioética clínica". Santa Fé de Bogotá: Ed. El Buho LTDA;1998





## ¿Seguimos colonizados?

Jorge Mínguez Arias

Es curioso observar el afán por los cambios que se producen para marcar las diferencias, en este caso motivado por las transferencias en materia de salud a las autonomías.

Por cuestiones que no vienen al caso, acudo a visitar una Escuela de Enfermería (adscrita al servicio regional de salud) que hacía tiempo no frecuentaba, y quedo gratamente sorprendido pues es evidente la transformación estética que se le ha realizado: pintura nueva, más espacios, algún ordenador, tabloneros de anuncios, etc. Me llama especialmente la atención las nuevas y únicas rotulaciones en el salón de actos y de la biblioteca, donde, con cierta pomposidad de la placa y su marco aparece: "Salón de actos" y el nombre del fundador de la Enfermería española (el de los sellos de correos), y en la otra, "Biblioteca" y el primer nombre del director de dicha Escuela (los dos eran médicos). ¿Así es nuestra historia reciente?

Cada uno en su casa hace lo que quiere y partiendo de esa premisa, me arrogo el derecho a discrepar por la dedicación de dichos salones a tan ilustres médicos. En absoluto quiero dar a entender su desmerecimiento profesional ni personal, pero considero que en la Catedral, o ¿quizás Capilla?, de la Ciencia y la formación enfermera, resulta curioso que no se haya encontrado a ningún otro profesional apropiado para tal circunstancia... O, ¿acaso a lo largo de nuestra larga historia profesional no existe ninguna "callada enfermera" meritoria de tal honor? Seguro que Siles, Gascón, Fornés, Iruzu-bieta, Herrero, Amezcua, Rodrigo, Germán, Guirao, Valle, Izquierdo, Frías, Gálvez, Alberdi, Mazarrasa, Cuesta, Chamizo, Herrera, Galindo y muchos más enfermeros estudiosos de nuestra historia, podrían mencionar muchas de ellas. Lo que sí estoy seguro es que esto no fue realizado con mala intención, como casi todo lo que hacemos las enfermeras. Pero, ¿es lo correcto?

Todo esto me da, nos da, la oportunidad de reflexionar sobre los motivos que hacen que las enfermeras tomen este tipo de decisiones: ¿existen muchas facultades de medicina con salones dedicados a ilustres enfermeras?

Alguna explicación tiene que haber. Puede ser que, o bien no se ha revisado suficientemente la historia profesional (a pesar de tener algunos enfer-



meros ya doctores, otros en camino, y otros que no lo son y que dedican muchos esfuerzos para recuperar la memoria enfermera), o es que en realidad seguimos, a pesar de las suntuosas declaraciones sobre cuidados enfermeros, parcialmente colonizados y con este tipo de detalles, manifestando nuestra pleitesía.

En la realidad sanitaria de la región donde se asienta esta Escuela, persiste un modelo sanitario medicalocéntrico muy acentuado que, aunque superado teóricamente, sigue ejerciendo su preponderancia, y se muestra con este tipo de "indicadores".

Tal vez mi visión de la salud esté demasiado influida por el modelo cuidador, o por otras circunstancias, y por tanto pueda estar un tanto distorsionada. Pero insisto, seguro que los responsables de la rotulación no tienen mala voluntad, aunque este tipo de acción da muestras de la enculturación enfermera.

¿Lograremos evitar esa colonización, para volver a ser más útiles a la comunidad?

Quizás nos ayude, entre otras cosas, el examinar la problemática que nos plantea Gálvez en su último libro "La medicina bajo sospecha".



## Recetar: Enfermeras prescriptoras

Marina Francés



© J. Guirao Goris

Poder extender recetas de determinados medicamentos, por parte de Enfermería, es un proyecto que en España puede resultar novedoso y que seguramente puede levantar más de una ampolla. Sin embargo, es algo que en otros países, tanto de Europa como del resto del mundo, ya lleva bastantes años funcionando, y con muy buenos resultados.

Los pacientes son nuestro objetivo y les tenemos que resolver todos aquellos problemas de salud y enfermedad que nos planteen, estando capacitadas para ello. Por lo tanto, las actuaciones de Enfermería deben intentar ser finalistas, es decir, que no necesitan tener que pasar por otra consulta de otro profesional para dar por finalizada una consulta o proceso.

Hasta ahora, la gran mayoría de pacientes que precisan de atención de Enfermería, tanto en el centro de salud, como en su domicilio, necesitan alguna receta, ya sea por la continuación de su tratamiento crónico, o bien fruto de una valoración-decisión-diagnóstico del profesional de Enfermería: por supuesto la receta, la firma el médico.

Los pacientes con patologías crónicas, en general llevan un tratamiento para las mismas. A veces, son pacientes diagnosticados por parte del profesional de enfermería; estas patologías crónicas están muy bien descritas y protocolizadas tanto para su detección como para su tratamiento, salvo –claro está– con algunas excepciones.

El objeto de la profesión de enfermera/o es atender al paciente en su globalidad, y por lo tanto se debe entender que para una mayor atención, rapidez y efectividad, sin poner en peligro la seguridad de estos pacientes, es necesario facilitarles la medicación y en su caso una valoración farmacológica

de su patología, por parte de una enfermera formada, con apoyo de una legislación, unos protocolos de grupo bien definidos, un listado de fármacos y el consenso con los grupos médicos. Esto será un avance del Sistema Nacional de Salud, que reportará a la vez que rapidez, eficacia y eficiencia y una mayor satisfacción al usuario, una mejor relación profesional y un ahorro farmacéutico y de personal.

La instauración de la figura de la Enfermera Prescriptora debe ser un avance, no sólo en funciones, sino en responsabilidad. Debemos estar dispuestos a asumir responsabilidades de nuestra actuación profesional. Sólo así, conseguiremos el lugar que realmente nos corresponde en la Sanidad Española.

Esta propuesta no debe de interpretarse como una competición con los médicos, ni como un intento de apropiarnos de funciones suyas, sino como un servicio mejor y más efectivo hacia nuestros pacientes, tanto los crónicos en consulta de enfermería como los domiciliarios y sus cuidadores, y como no, también una forma de desmasificar las consultas médicas de las que tanto se quejan nuestros compañeros; porque si los pacientes crónicos en su globalidad pasan a ser responsabilidad de Enfermería, tendrán mayor tiempo para dedicarlo a los pacientes con procesos agudos que necesitan atención más urgente y mayor tiempo para su correcto diagnóstico.

Somos profesionales con la suficiente formación y capacidad para asumir éste y otros retos, porque entre otras cosas, lo venimos asumiendo en muchos procesos pero sin ningún reconocimiento por parte de la Administración ni de otros profesionales. El manejo de los efectos y accesorios como sondas, pañales, tratamiento de curas, cumplimentación de recetas, la decisión de un cambio en el tratamiento de un paciente crónico, etc., a excepción del hecho físico de firmar la receta, es algo que venimos realizando con asiduidad las enfermeras/os de Atención Primaria.

No debe de asustarnos asumir ese papel, pues cuantas más funciones y responsabilidades asumamos, mejor será el futuro de nuestra profesión, en definitiva, nuestro futuro.

Es necesario adaptarse a las nuevas responsabilidades que la sociedad demanda; otros países ya lo han hecho y en España es importante que Enfermería decida, pues de lo contrario, otros lo harán por nosotros.]



## Retales de un escritor de servilletas...

Durante el último congreso de la AEC, un compañero nuestro cogió una servilleta y escribió lo siguiente, utilizando el lema del evento...:

**E**mpieza la  
**L**ucha

**I**ntentando un nuevo  
**M**añana,  
**P**ara  
**A**cometer  
**C**onjuntamente los  
**T**ratamientos que nos  
**O**cupan en nuestro quehacer diario.

**D**amos a la  
**E**speranza

**L**a capacidad de  
**O**bligarnos a  
**S**aber esperar que todo

**C**uidado lleva consigo  
**U**n  
**I**nventario de aprendizaje y conocimiento.  
**D**emos tiempo y sin duda  
**A**manecerá; Y  
**D**aremos con la  
**O**bligación de ser y estar. Y con el corazón  
**S**iempre implantaremos los cuidados.



En memoria de José Antonio Tejera Acuña, enfermero canario

# 50 CONGRESO NACIONAL DE LA AEC ENFERMERÍA COMUNITARIA

## La medida del cuidado

### JUEVES 28 OCTUBRE 2004

- 16:00 Recepción y entrega de documentación  
17:30 Inauguración  
18:00 **Conferencia inaugural:**  
La medida del cuidado  
**Ponente:** J. Adolf Guirao Goris  
**Moderadora:** Adela Huertas Mazón  
21:00 Cocktail de bienvenida

### VIERNES 29 OCTUBRE 2004

- 09:30 **Ponencia:**  
Herramientas para mejorar la adhesión terapéutica  
**Ponente:** José Luis Bimbela Pedrola  
**Moderador:** Salvador Sanz Domínguez  
10:30 **Exhibición y defensa de pósters\***  
11:30 **Seminarios simultáneos:**  
• Habilidades en el manejo del plan de cuidados en personas diabéticas  
Pedro S. Cayuela Fuentes  
• Práctica enfermera basada en la evidencia  
Isabel Orts Cortés  
14:00 Almuerzo de trabajo  
16:00 **Comunicaciones simultáneas\***  
**Moderadoras:** Fabiola Hueso Navarro  
Gracia Álvarez Andrés  
17:30 **Exhibición y defensa de pósters\***  
18:30 **Mesa redonda:**  
Dimensiones del cuidado  
**Moderador:** Desiderio Rodrigo Tolsá  
• Pero, ¿a qué se dedican las enfermeras?  
**Ponente:** Gonzalo Duarte Climents  
Enfermero, Servicio Andaluz de Salud  
• Enfermeras centinela en red  
**Ponente:** Manuel Mañá González  
• Promover la salud con un enfoque de género  
**Ponente:** M<sup>ra</sup> Teresa Ruiz Cantero  
21:00 Cena

\*Plazo de recepción hasta el 22 de septiembre inclusive.

Secretaría técnica e información Alquibla  
C/Pintor Villacis, 4. 30003 Murcia  
Teléfono: 968 225 020 • Fax: 968 225 154  
aec.secretaria@alquibla.com  
Alojamiento reservas: Agencia de Viajes  
MEDITERRÁNEA VIAJES OPC  
Telf. 968225157 • Fax 968225154  
viajesmedopc@terra.es

### SÁBADO 30 OCTUBRE 2004

- 09:30 **Café con ciencia**  
**Moderadores:** Miembros de la Red  
11:00 **Mesa redonda:**  
El uso de la investigación en la práctica enfermera  
**Moderador:** José Ramón Martínez Riera  
• El producto de la investigación enfermera: la publicación  
**Ponente:** Pilar Vilagrasa Ortí  
• Problemas del uso de la investigación  
**Ponente:** Julio Cabrero García  
• La investigación de la calidad en Enfermería Comunitaria  
**Ponente:** Antonio Frías Osuna  
• Investigar en el ámbito de la Enfermería Comunitaria: situación actual y líneas de futuro  
**Ponente:** Concha Germán Bes  
12:30 **Conferencia de Clausura X Aniversario AEC:**  
¿Cómo hemos llegado hasta aquí?  
**Ponente:** Jorge Mínguez Arias  
**Moderadora:** M<sup>ra</sup> Jesús Pérez Mora  
13:00 **Se hace camino al andar...**  
13:30 **Entrega de Premios y Acto de Clausura**  
14:00 Almuerzo de trabajo  
18:00 **Asamblea de socios AEC**  
21:00 Cena de Gala

### 5º Congreso Nacional de la Asociación de Enfermería Comunitaria: "La Medida del Cuidado"

Acreditado por el Consejo General de Enfermería con 2'4 créditos nacionales (CFC) y 7'8 créditos internacionales (ICNEC)

- Habilidades en el manejo del plan de cuidados en personas diabéticas.
- Práctica enfermera basada en la evidencia.

Acreditados por el Consejo General de Enfermería y el Consejo Internacional de Enfermeras con 0'4 créditos nacionales (CFC) y 1'2 internacionales (ICNEC)



**Reducciones:**  
30% en trenes de Grandes Líneas  
30% en trenes Regionales y Cercanías  
25% en trenes AVE  
validez: Del 26 de Octubre al 1 de Noviembre de 2004



ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA COMUNITARIA

[www.enfermeriacomunitaria.org](http://www.enfermeriacomunitaria.org)

50 CONGRESO NACIONAL DE LA AEC ENFERMERÍA COMUNITARIA

**DECLARADO DE INTERÉS CIENTÍFICO - SANITARIO**

Por la Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia