



**Se analizará monográficamente la situación actual y los factores que condicionan su desarrollo**

# La AEC analizará la Consulta de Enfermería en su I Reunión de invierno

LA CITA SERÁ LOS PRÓXIMOS 26, 27 Y 28 DE FEBRERO EN LA RIOJA

ENF. ADOLF GUIRAO GORIS

Durante los próximos 26, 27 y 28 de febrero, la AEC y la AEC-Rioja organizan la primera reunión de invierno de la Asociación de Enfermería Comunitaria. La AEC ha decidido estructurar sus actividades científica orientada a los socios y a las enfermeras comunitarias dividiéndolas en tres tipos de actos.

El primer tipo son los Congresos de la AEC que se plantean ser un foro de reflexión para las enfermeras interesadas en la Enfermería Comunitaria. Estos congresos se han planteado como actividades en las que se abordarán amplios temas de la disciplina bajo la filosofía de conseguir una versión global del tema que se trate en el mismo.

## Las reuniones

El segundo tipo son las reuniones en la que de forma menos multitudinaria se analizarán en profundidad temas específicos que afecten a la

Enfermería Comunitaria. Con esta actividad se pretende crear documentos en los que se analice de forma pormenorizada el tema que se aborde en la reunión y en el que las enfermeras comunitarias participen de forma activa en la elaboración final del documento. Para ello en estos actos se plantea una metodología de trabajo participativa mediante debates en el que las enfermeras asistenciales y de base tendrán la mayor parte del protagonismo.

Una peculiaridad de estas reuniones es que el producto final es un libro en el que participaran desde un mismo plano tanto ponentes como comunicantes ya que el proceso de revisión y de edición del monográfico estará supervisado en cada paso por el comité científico.

## Seminarios

El tercer tipo de actividad son los seminarios que se caracterizarán por ser grupos abiertos de trabajo que elabo-

rarán documentos base para el debate dentro de la asociación. Este tipo de actividad se está delineando en la actualidad y esperamos daros noticias de los mismos en próximos boletines.

## I Reunión de Invierno

En esta primera reunión de Invierno, el tema que se va a analizar es la Consulta enfermera, su situación actual y perspectivas de desarrollo. Para ello se contará con varias sociedades científicas que expondrán la situación de la misma en sus respectivos territorios.

La reunión se plantea con los objetivos de conocer la situación actual de la consulta enfermera en España, conocer los condicionantes, retos y perspectivas de mejora de la misma e intercambiar experiencias innovadoras sobre la Consulta enfermera entre los enfermeros comunitarios.

Pasa a página 3 ➡

## SUMARIO

**2** ➤ Citas de interés

**3** ➤ Federación de Enfermería Comunitaria

**4** ➤ Enfermería

Comunitaria, 13 años después

**8** ➤ Los enfermeros podrían no estar en el equipo directivo

**12** ➤ Lista de discusión sobre investigación enfermera en Internet

**15** ➤ Se crea una Unidad del Anciano en Granada

## Carta del editor

**E**stimados lectores: en primer lugar deseo pedir disculpas por la calidad de impresión con la que se editó el último boletín.

Desgraciadamente este hecho supuso que muchas de las innovaciones que aparecían en el Boletín pasasen desapercibidas. Aquel hecho ha motivado que la AEC decida cambiar de imprenta y esperamos que el resultado que ahora tenéis entre vuestras manos sea de vuestro agrado.

Aprovecho la ocasión para informaros de que a partir del año que viene dejaré la tarea de maquetación del boletín. Gratos motivos personales me van a impedir seguir utilizando los medios que una empresa ha puesto a nuestra disposición para la edición de este boletín. Desde aquí deseo agradecer en mi nombre y en nombre de la AEC a HERMES DEP y a su director gerente que han permitido desinteresadamente que utilizemos sus medios técnicos para maquetar el boletín.

Adolf Guirao Goris

## CITAS DE INTERÉS



### I REUNIÓN DE INVIERNO DE LA ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA COMUNITARIA

#### La Consulta de Enfermería

**ÁREAS TEMÁTICAS:**

Situación Actual de la Consulta de Enfermería.  
Condicionantes, retos y perspectivas de mejora en la Consulta Enfermera.

**FECHAS:** 26, 27 y 28 DE FEBRERO DE 1998

**LUGAR:** BALNEARIO DE ARNEDILLO

**ORGANIZA:** ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA COMUNITARIA

◆ **8º CURSO DE TÉCNICAS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

—Enero 1998 Vigo—

Información:

Asociación Galega de Enfermería

☎ 986 - 43 94 50

◆ **II SIMPOSIUM INTERNACIONAL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA. DIAGNÓSTICO ENFERMERO, VÍA DE DESARROLLO PROFESIONAL.**

—20, 21 y 22 de mayo 1998

Valladolid —

Secretaría científica:

AENTDE

☎ 93 - 402 42 36

Secretaría técnica:

Consejo de Colegios de Enfermería de Castilla y León

☎ 983 - 37 79 99

◆ **CURSO BÁSICO/AVANZADO SOBRE TERAPIAS SU-JOK**

—Básico: ene-feb 1998—

—Avanzado: mar-may 1998—

Información e inscripciones:

Universidad de Valencia-SFP

☎ 96 - 362 00 61

◆ **CURSO METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS DE LA SALUD (120h)**

—del 2 a 27 de marzo —

Inscripciones hasta 16 de enero

Información: Escuela Andaluza

de Salud Pública. Campus

Universitario de Cartuja. Apdo.

Correos 2070.18080 GRANADA

☎ 958 - 16 10 44

Fax: 958 - 16 11 42

Correo-e: comunicacion@easp.es

COMITÉ DE REDACCIÓN

Josep Adolf Guirao Goris (Editor)

Francisca Anaya Cintas

Xaro Garcés

CORRESPONSALES

José Ramón Martínez Riera (Alacant)

Javier Iruzubieta Barragán (La Rioja)

Angeles Molina Morate (Cuenca)

Rafael del Pino Casado (Jaén)

Juan Miguel Izquierdo (Málaga)

DIRECCIÓN

Baró de Càrcer, 44-2-4º

46014-Valencia

TELÉFONO

96 - 394 04 69

CORREO ELECTRÓNICO

aec@arrakis.es



## BOLETÍN DE ENFERMERÍA COMUNITARIA

El Boletín de Enfermería Comunitaria es una publicación plural que publica todo tipo de colaboraciones que puedan interesar a la disciplina enfermera. La AEC no se identifica necesariamente con todas las opiniones vertidas en el mismo.

Se permite la reproducción total o parcial de las informaciones o artículos aquí difundidos, siempre y cuando se haga mención expresa de la fuente.

AEC-ANDALUCÍA

Castelar, 24

41460-Las Navas

AEC-LA RIOJA

Apdo. Correos 162

26580-Arnedo

AEC-VALENCIA

Apdo. Correos 8.379

46080-Valencia

MAQUETACIÓN Y DISEÑO

HermeS diseño y edición

de publicaciones

hermescb@arrakis.es

970 56 53 57

DEPÓSITO LEGAL

V-4834-1997

➔ Viene de la página 1

Durante esta reunión se tratarán temas como la cronificación de los usuarios; el diagnóstico enfermero y medición de resultados; el impacto de la consulta enfermera en la población general; y el trabajo en equipo. ●

## Mesa redonda: cuidar con la Comunidad

### AEC-Andalucía

Se celebró en Sevilla la mesa redonda sobre «Cuidar con la comunidad, un reto para el siglo XXI», en donde los ponentes concluyeron en la necesidad de reorientar la actuación enfermera en la comunidad trabajando codo con codo con las personas que la componemos, integrando aspectos sociales, psicológicos y fisiológicos y detectando cuáles son las necesidades que desean pero que no pueden o no saben realizar.

-La enfermera hoy necesita dar a conocer cual es su rol.

-La enfermera hoy necesita un segundo ciclo que refuerce su contenido propio de actuación.

-La enfermera hoy necesita participar en la gestión del sistema de Salud.

Desiderio Rodrigo, presidente de la A.E.C., informó en la citada reunión la puesta en marcha de un grupo de trabajo sobre registros estadísticos de enfermería que sustituyan al actual que no recogen la actividad propia enfermera. ●

## Cambios en la Vocalía

### AEC-Valencia

El pasado mes de septiembre, Pilar Sánchez presentó su dimisión como vocal por Valencia alegando motivos personales. La Junta Directiva ante la situación nombró de forma interina como vocal a Francisca Anaya Cintas, enfermera comunitaria que hasta la fecha venía colaborando como redactora en el Boletín de Enfermería Comunitaria.

El próximo mes de enero se realizará la Asamblea territorial de Valencia en la que se elegirá un nuevo vocal y secretario. En próximas fechas los socios de Valencia recibirán la convocatoria a la asamblea para que acudan a la misma. ●

## Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y de Atención Primaria

### AEC

Durante las últimas Jornadas del grupo de Enfermería Comunitaria (GREC) de la AEED, hubo una presentación de asociaciones de enfermería comunitaria. En esta reunión estuvieron la mayoría de asociaciones que proyectan federarse y que acudieron a la última reunión de Arnedillo convocadas por la AEC. El GREC mostró su preocupación porque no se le hubiese invitado a formar parte de la futura federación.

Desde la futura federación, como ya lo plantearon algunas asociaciones presentes en Arnedillo no se invitó al GREC a sumarse a la misma por no tener entidad jurídica para ello, ya que la que tendría que federarse sería la AEED.

En la reunión informal posterior a la presentación el GREC fue invitado a participar en dichas conversaciones aunque rehusó. Sin embargo se instó a las asociaciones presentes para que la futura federación tenga una mentalidad abierta.

El pasado 29 de noviembre las Asociaciones se reunieron con el objetivo de debatir los últimos puntos pendientes para crear a federación. A esta reunión acudieron asociaciones de ámbito autonómico como la SEAPA, la SEMAP, la ACIAP y la SEAPREMUR. Se excusaron la SEAPEX, la SECMA, la ABEC y la AECA. Como asociación de ámbito estatal participó la Asociación de

Enfermería Comunitaria (AEC).

El tema del nombre fue un escollo importante salvado en la reunión. Desde la AEC se defendió la postura de que las enfermeras nos hemos de identificar con lo que nos define y lo que hacemos: la Enfermería Comunitaria que es una disciplina que va más allá de un nivel de atención del sistema sanitario. Como enfermeras comunitarias podemos trabajar en Atención Primaria, en Atención Especializada o en una residencia de ancianos que no es más que otro recurso de la comunidad. Si nos identificamos con algo externo a nuestra profesión como es el sistema sanitario, si se produce una transformación y desaparece un nivel el mismo, desaparece también ese «cuerpo profesional» que son las enfermeras de atención primaria. Algunos pensadores de la enfermería argumentan que esto está relacionado con una ausencia de modelo profesional y que organizaciones de enfermeras de atención primaria tienen justificación en el campo sindical.

Sin embargo dado que se considera prioritario la creación de la Federación la AEC propuso como fórmula de consenso que la futura nueva organización se llamara Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y de Atención Primaria (FAECAP).

Esta federación se planteará como objetivo ser una voz unificada de las enfermeras comunitarias y las de atención primaria. En ella cada asociación formará parte de la Junta Directiva y las votaciones se realizarán mediante la fórmula una asociación un voto, aunque esto se estudiará en el plazo de un año, ya que como no se considera lógico que tenga el mismo valor el voto de una asociación que cuenta con 250 socios que una que cuenta con 10.

En esta reunión, la mayor parte de las asociaciones reafirmó que el GREC no se podría sumar a la Federación aunque planteaban estudiar alguna fórmula para relacionarse con él. ●

# «Es necesario educar a la comunidad para la contrariedad, la naturalidad de la enfermedad y la muerte»

LA PROFESORA CORTINA, CATEDRÁTICA DE FILOSOFÍA MORAL, SE MOSTRÓ PARTIDARIA DE REALIZAR UNA REVOLUCIÓN ÉTICA TÓPICA EN UN MOMENTO EN EL QUE LAS UTOPIAS HAN MUERTO.

ENF. ADOLF GUIRAO

Durante los pasados días 20, 21 y 22 de octubre y organizadas por la Asociación de Enfermería Docente, se celebraron en Valencia las I Jornadas GREC de la Asociación Española de Enfermería Docente (AEED).

## Compromiso profesional

La Conferencia inaugural corrió a cargo de Adela Cortina Orts, Catedrática de Filosofía Moral y Derecho Político de la Universidad de Valencia, y dedicada al «Compromiso profesional en el cuidado de la Comunidad». En ella la profesora Cortina argumentó que un buen profesional no es aquel que mejor domina las técnicas, sino aquel que dominándolas las aplica con unos principios éticos». En su intervención ligó el concepto de persona al carácter comunitario «ya que las personas adquieren esta aceptación en el momento que reconoce a los demás como iguales y en ese momento aparece la concepción comunitaria».

Expuso que las utopías están muertas porque se pretenden en mundos imaginarios y abogó por una «revolución ética tópica», es decir una revolución moral con principios éticos en el mundo real actual.

También introdujo la idea de que «los profesionales tienen que ser excelentes y tender hacia la aristocracia profesional, porque hemos entendido

mal la democracia como una sociedad de mediocres»

Expuso que «las profesiones nacen con una vocación, o consagradas a una causa de trascendencia social». En el caso de la Enfermería, «esta profesión tiene una meta: los cuidados de calidad a la sociedad» y «el profesional debe asumir esa meta vocacional independientemente de la motivación que tiene (económica, personal...) ya que si no asume esa meta no será un buen profesional»

Finalmente expuso la necesidad de educar a la comunidad para la contra-

«Los profesionales tienen que ser excelentes y tender hacia la aristocracia profesional, porque hemos entendido mal la democracia como una sociedad de mediocres».

riedad, la naturalidad de la enfermedad y la muerte, fomentar la calidad de vida en vez de la cantidad; y que las enfermeras tienen que ser agentes morales en la sociedad que regeneren las formas de vida aplicando los principios anteriores.

## La formación

El acto que siguió fue el panel dedicado a un encuentro de perspectivas en la formación en el que se abordó la formación básica, post-básica y la formación clínica.

Rosa M<sup>a</sup> Alberdi hizo una introducción en la que analizó los principales

cambios en el Sistema Sanitario y en la profesión de Enfermería, de los que destacó la aparición de la Atención Primaria y el cambio del plan de estudios de enfermería entre otros.

La Profesora Araceli García Suso fundamentó la razón de ser de la docencia en Enfermería Comunitaria e hizo un repaso de formación básica pregrado en España. Organizó este análisis en tres tiempos: un tiempo de transformación caracterizado por las disposiciones legislativas en las que aparece por primera vez en el plan de estudios (1977)

la materia de Salud Pública; un tiempo al que caracterizó por la consolidación de los planes de estudios (aunque muchas escuelas no se transforman y siguen teniendo una orientación biomédica), la formación del profesorado con fuentes diversas y una gran dosis de voluntarismo, y la orientación a la formación en la que nombró el documento que la AEED realizó como guía para la materia de Enfermería Comunitaria; y un tercer tiempo de futuro en el que se caracterizará por la orientación hacia el cuidado enfermero, la adaptación de los tipos de cuidados y la colaboración en los cuidados de la familia, los grupos y la comunidad en general. Esta última parte sorprendió en cierto modo a algunas enfermeras asistenciales presentes en el foro ya que estas consideraciones forman desde hace tiempo parte de su realidad cotidiana.

El Enfermero Andreu Bover, realizó un análisis de la formación desde su experiencia personal como alumno, profesional y profesor. Como aspecto positivo en la faceta de alumno destacó que la existencia de las prácticas le permitió un contacto con la futura realidad profesional, aunque señaló como negativo la falta de tutorización y una orientación de las mismas hacia las técnicas. El aspecto positivo que resaltó como profesional fue la posibilidad de adaptar los contenidos teóri-

Pasa a página 5 ►



➔ Viene de la página 4

cos a la práctica, aunque como factores negativos resaltó la falta de formación específica y la falta de reconocimiento desde la empresa y la universidad hacia la labor de docencia realizada con los estudiantes.

Finalmente como profesor apuntó como aspectos positivos el poder ser nexo de unión de las dos realidades, y la aproximación de la universidad a los profesionales; sin embargo como aspectos negativos destacó la indefinición del rol y la frustración de los alumnos. Concluyó realizando un llamamiento a entender la formación como una necesidad básica para el desarrollo profesional y a entablar canales de comunicación entre la empresa de servicios de salud, la universidad y los profesionales.

La tercera ponencia fue extractada por Rosa M<sup>a</sup> Alberdi ante la imposibilidad de D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Angeles de Francisco de estar presente en la reunión por motivos personales. En su exposición hizo un análisis de la oferta postgrado que existe en la actualidad evidenciando la carencia de la especialidad de Enfermería Comunitaria, la aparición de los títulos de experto, los cursos realizados por instancias oficiales como la Escuela Nacional de Sanidad y sus homólogos autonómicos, la oferta privada de sindicatos, colegios, asociaciones profesionales. Y finalmente la oferta de formación continuada de las instituciones sanitarias.

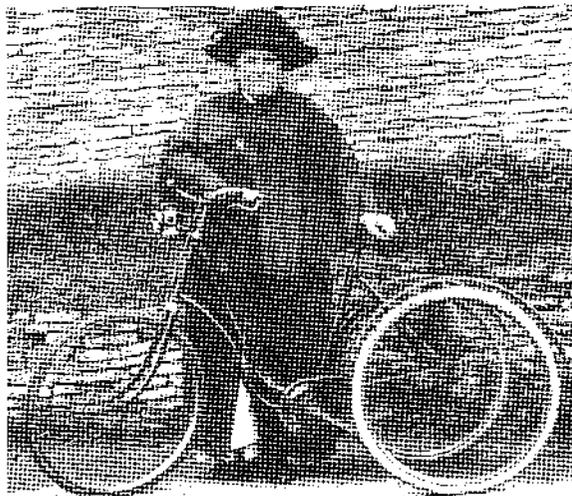
En el debate Alberdi expuso una serie de interrogantes: ¿A qué responde la formación postbásica? ¿Que coherencia tiene dicha oferta con el proyecto sanitario? ¿El mercado y las leyes del mercado son un buen elemento regulador para asegurar la calidad formativa? El foro en respuesta argumentó que las instituciones sanitarias han utilizado la formación continuada como moneda de cambio para acallar otras inquietudes o situaciones que no se deseaban abordar. Y también se habló de la necesidad de que las enfermeras comunitarias nos dotemos de un órgano acreditador para que no sea la ley del mercado la que asegure la calidad formativa. ●

**El día 21 fue dedicado al análisis de trabajo enfermero en la comunidad**

# La Enfermería Comunitaria trece años después

**SE ABORDÓ LA SITUACIÓN EN MADRID, LA COMUNIDAD VALENCIANA, ANDALUCÍA Y CATALUÑA**

La Enfermera Elena Martín —directora de Enfermería del Área 10 de Madrid— en una intervención clara, concisa y brillante, analizó el estado de la Enfermería Comunitaria en la comunidad de Madrid plasmando una serie de factores que han tenido un impacto negativo en su desarrollo. Dentro de estos factores destacó aspectos de la normativa legal (en el territorio INSALUD) como son: la cartera de servicios que en 1991 se oferta bajo un modelo biomédico y la enfermera aparece como ayudante y el producto enfermero como un producto intermedio; el sistema retributivo en que la productividad se paga en función del número de tarjetas sanitarias y número de enfermeros que tiene un Equipo de Atención Primaria; y que para el nombramiento de coordinador de EAP sólo se puede ser médico.



**Enfermera Comunitaria inglesa (1905)**

Para finalizar, Martín hizo una serie de propuestas para conseguir el desarrollo profesional: compromiso por parte de los directivos enfermeros, utilización de un modelo enfermero, oferta de servicios enfermeros, relación con las escuelas y asumir que somos una profesión de ayuda de carácter social.

## Factores negativos

Otros factores negativos han sido los registros de actividad que no registran la labor profesional real de las enfermeras y por último el no reconocimiento de la libre elección de enfermera con lo cual no se reconoce la labor profesional de la misma.

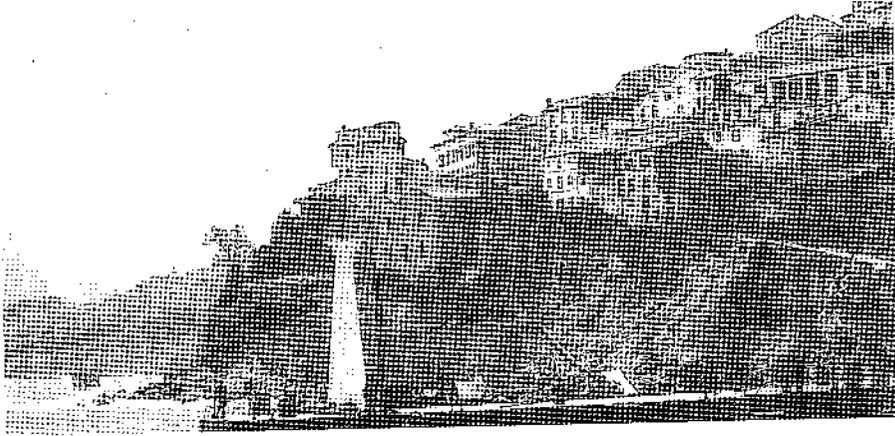
En el nivel profesional, Martín destacó la ausencia de un modelo enfermero y la asunción de un modelo biomédico; la falta de utilización del razonamiento valorándose más lo técnico y por tanto utilizando técnicas de aprendizaje de adiestramiento; la separación entre teoría y práctica; y la ausencia de la carrera profesional.

## Comunidad Valenciana

Montserrat Sánchez, Jefe de programas de Enfermería en Atención Primaria de la Conselleria de Sanidad de la Generalitat Valenciana, realizó el análisis de la situación en la Comunidad Valenciana. En su intervención realizó un análisis durante el periodo desde 1985 hasta 1997. En este periodo destacó de los años 88-90 el gran desarrollo en programas de salud, en especialización del trabajo enfermero y la implantación del modelo de atención directa en consultorios del modelo tradicional. Del periodo 91-92 destacó la

Pasa a página 6 ➔





➔ Viene de la página 5

definición del modelo organizativo y mejora del sistema de información. De 1993 a 1995 remarcó la definición del modelo organizativo por sectores y planteó como ha existido confusión entre los términos Enfermería Comunitaria y modelo organizativo por sectores. De los años 1996-97 destacó la evaluación del trabajo enfermero y la propuesta de alternativas.

Sánchez destacó el aumento de la presión asistencial sobre las enfermeras valencianas siendo en 1988 de 18 usuarios-enfermera/día, y en 1996 de 38 usuarios-enfermera/día.

Como factores negativos destacó: el que exista una carga de trabajo no homogénea entre las enfermeras con un igual nivel retributivo; la carencia de objetivos comunes en el equipo; el abandono de las tareas propias y el abandono de la familia como sujeto de atención. Como factores positivos se destacaron el gran avance profesional en un corto periodo de tiempo y el apoyo que recibieron las consultas de enfermería por parte del Consejo de Salud de la Comunidad Valenciana.

Sánchez hizo una valoración global, en la que exhortó a las enfermeras a que no cayeran en el desánimo y que tenemos que darnos cuenta que durante mucho tiempo hemos sido la vanguardia del sistema sanitario, y que a veces es necesario dar un paso atrás para poder seguir hacia delante.

### La situación en Cataluña

Carme Esteve, de la División de Atención Primaria del Instituto Catalán de la Salud, explicó el cuadro nor-

mativo que se da en Catalunya. Desde 1990, el ICS tiene una función de proveedor público de servicios sanitarios, perdiendo en favor del Servicio Catalán de la Salud la función de planificador y financiador.

Esto ha dado lugar a una diversificación de proveedores de servicios de salud, tanto públicos como privados. Durante su intervención analizó la estructura organizativa del Grupo ICS que se estructura en cuatro grandes áreas. La Gerencia, División de Atención primaria, División Hospitalaria y Recursos Humanos.

En la División de Atención Primaria destacó la presencia de una enfermera como una figura asesora de la dirección y la carencia de mandos intermedios de enfermería. Para concluir, planteó como estrategia para el desarrollo enfermero la confluencia de esfuerzos comunes de los profesionales, las escuelas de enfermería y los servicios de salud.

### La situación en Andalucía

Mercedes Bueno destacó en el marco legal andaluz dos puntos que lo hacen diferente de la situación del resto del estado. Uno es que el director del equipo puede ser tanto un médico como un enfermero; y otro que al regular el trabajo en equipo la legislación reconoce que al enfermero le será adscrita una población de la que será responsable; este hecho marcaba como precedente el reconocimiento de la autonomía profesional. En general, la Enfermera Bueno planteó que el marco legal es más favorable al desarrollo comunitario, porque establece como unidad de servicio la familia y como

## La postura del GREC

El día 22 fue dedicado a «la apuesta por el futuro» en la que Berta Artigas realizó una brillante exposición teórica sobre «la aportación enfermera al cuidado de la salud de la comunidad: una apuesta desde el GREC». En la misma trazó el perfil de la enfermera comunitaria para el siglo XXI. Este perfil profesional, en total armonía con los planteados desde la AEC en su definición de Enfermería Comunitaria y sus fines, delinea características como: enfermera generalista, con plena autonomía en la toma de decisiones, que administra y gestiona los servicios profesionales, que ofrece cuidados integrales e integrados y trabaja en conjunto con la comunidad. El perfil de esta enfermera asume los principios de solidaridad, no discriminación, respeto a la libre elección y la pluralidad cultural. Artigas reivindicó que el reconocimiento social comienza por el autoreconocimiento y el reconocimiento por parte de las enfermeras de nuestra especificidad profesional y la difusión de los servicios enfermeros. Al hilo de estas palabras recordó lo dicho por H Nakya —presidente de la OMS— en 1996: «Hay que fortalecer la enfermería con más medios y formación y favorecer su representación y participación a todos los niveles». ●

prioritaria la atención domiciliaria. Enmarcó la crisis de la Enfermería Comunitaria como algo normal de nuestro tiempo y recordó otras crisis como la económica o la de los valores. Planteó que actualmente existe una hipertrofia de algunos programas frente a otras necesidades crecientes de la población y que la mejor manera de que la sociedad nos reconozca es que la población tenga acceso directo a los servicios enfermeros profesionales. ●



M<sup>a</sup> Victoria Nogales hizo una aproximación al marco teórico y la metodología enfermera aplicada al campo comunitario desde la óptica del modelo de interrelación de H. Peplau y aportó interesantes conclusiones sobre un estudio realizado en la Escuela de Enfermería de Valencia «La Fe» en la que los estudiantes evaluaban tanto la idoneidad de los roles que las enfermeras comunitarias adoptan en la interrelación con sus usuarios como las habilidades de comunicación.

### La gestión

M<sup>a</sup> Ángeles Custey, enfermera del centro de salud del área 9 de Madrid, abordó la tendencia actual en el sistema a separar la gestión de la provisión de servicios. Siendo la administración (central y autonómica) el elemento financiador, las áreas de salud los comparadores y los hospitales, centros de salud y profesionales los proveedores.

Apuntó las nuevas fórmulas de gestión como las entidades públicas (puso el ejemplo del hospital Costa del Sol en Andalucía), los Consorcios públicos y privados (ejemplos de ayuntamientos y entidades privadas en Catalunya); fundaciones públicas y privadas y los acuerdos, convenios y fórmula de gestión integrada o compartida. Las razones que han motivado este cambio son los principios de eficacia, celeridad, economía y flexibilidad. Al abordar este punto lanzó un interrogante al foro sobre si las enfermeras cumplimos estos principios e instó a que afrontásemos los cambios asumiéndolos.

Estos cambios ha repercutido creando un mercado interno, fomentado la competitividad tanto entre las unidades de provisión como entre los profesionales. Al plasmar la repercusión que estos cambios están produciendo en los servicios de enfermería argumentó que es necesario definir, ofertar y vender nuestros servicios. Finalmente, centró la apuesta por el futuro en los niveles primarios, intermedios y superiores de gestión.

En el nivel primario de gestión apostó por que las enfermeras asistenciales lo lideren respondiendo a las necesi-

El día 24 se dedicó a la apuesta por el futuro

## «Los enfermeros debemos dejar de ser endogámicos»

EN EL DEBATE SE ABORDÓ LA NECESIDAD DE FORMACIÓN MEDIANTE LA LECTURA CRÍTICA Y SESIONES BIBLIOGRÁFICAS

dades de los clientes con un perfil de competencia profesional; garantizando la calidad óptima mediante la definición de criterios de calidad en cuidados; gestionando los recursos disponibles y cuantificando cuanto cuesta lo que hacemos; y guiando y formando a nuestro equipo ampliándolo a la familia, los recursos sociales y otros profesionales. En el nivel intermedio de gestión las enfermeras han participar en la definición de la política de atención sanitaria, guiar la prestación de cuidados y gestionar adecuadamente los recursos disponibles. Todo ello con características de competencia clínica y gestora, capacidad de negociación y de toma de decisiones.

En el nivel superior apostó por que las enfermeras en este nivel diseñen y planifiquen la política sanitaria determinando los sistemas de gestión y organización más idóneos en el que se establezca un control financiero y una evaluación de resultados. Las enfermeras de este nivel deben asegurar que los cuidados enfermeros sean acordes con las necesidades de salud de la población. Según Custey las enfermeras deben tener cualidades de líder como la sinceridad y honradez consigo mismo y con su profesión.

Pilar Serrano, enfermera de Madrid, explicó porqué es necesario el trabajo con grupos y analizó los elementos básicos del mismo. Reclamó un esfuerzo para cambiar nuestra mentalidad y salir de las consultas de enfermería que ocupan casi un 80% del tiempo de nuestro trabajo.

### La investigación

Antonia Campo Osaba, de la Unidad de Investigación Centre del ICS, abordó las debilidades, fortalezas, amena-

zas y oportunidades que tenemos las enfermeras comunitarias en el futuro.

Como debilidades apuntó la ausencia de un proyecto profesional unificado, la escasa influencia que tiene la investigación en nuestra práctica y la inapropiada utilización que hacemos de nuestro tiempo (p.e.: cumplimetar recetas...).

Como fortalezas señaló entre otras nuestra preparación y nuestra capacidad para ofertar servicios enfermeros de acuerdo a las exigencias actuales. Las amenazas, que Campo es partidaria de reconvertir en oportunidades, son la pérdida de lugares de liderazgo, la aparición de nuevas profesiones sanitarias y la gestión basada en la evidencia. Al abordar las oportunidades listó la optimización de recursos, los cambios demográficos, el énfasis en la satisfacción del cliente y el interés social por la promoción de la salud.

Para finalizar marcó unas líneas de investigación prioritarias: conseguir una proyecto profesional unificado, analizar los servicios enfermeros actuales, construir indicadores de resultados enfermeros, conocer las características de nuestros clientes y conocer la opinión de los otros agentes del sistema.

En el turno de debate el foro reunió aportó apreciaciones como la necesidad de abandonar la endogamia que nos caracteriza a los enfermeros, la necesidad de realizar cambios en las consultas enfermeras, llegar a los que en la actualidad se encuentran marginados de los cuidados enfermeros. Como estrategia se apuntó que es necesaria la formación, no a través de cursos, sino mediante la lectura crítica de literatura enfermera y más sesiones bibliográficas. ●



IV Jornadas Andaluzas de Enfermería de Atención Primaria

# Amezcuca: «Hemos de formarnos en aquello de lo que carecemos y no en lo que nos apetece»

ENF. FRANCISCA ANAYA CINTAS

«Los programas de salud no se comprenderían en la actualidad sin la actuación de la Enfermeras/os», con estas palabras comenzaba el acto inaugural de la IV edición de las Jornadas Andaluzas de Enfermería en Atención Primaria. Un foro de intercambio de experiencias y reflexión bajo el título «La enfermería en tiempos de crisis». Manuel Amezcuca abordó la ponencia «El nuevo orden económico: recortes presupuestarios y Enfermería» versus «Enfermería recorta sus presupuestos para facilitar un nuevo orden económico».

Según Amezcuca «En una época donde la idea de participación impregna el estilo de planificar las cosas, los enfermeros continuamos trabajando mucho pero de forma pasiva». El ponente optó por afianzar los cambios que nosotros hagamos utilizando la literatura científica como si fuera acta notarial de todo lo que hacemos y lo que logramos conseguir». Según Amezcuca es preciso promover la investigación en el marco de la Atención Primaria y marcando líneas de investigación propias y consolidadas. Esto supone que debemos formarnos en aquello que de lo que carecemos y no en aquello que nos apetece.

## Avanzar

«Para conseguir avanzar necesitamos herramientas para la gestión, para los cuidados... En definitiva promover el debate interno de la enfermería comunitaria ya que no se puede mantener tanto tiempo de pasividad». Se posicionó por contar con más foros de debate donde la voz de la enfermería se oiga.

## Cambio en el Sistema

«Actualmente una terminología nueva ha venido a suplantar toda aquella grandilocuencia que antes había asociada a la reforma.

Ahora se habla fundamentalmente de empresa y de todo lo que el término conlleva: competencia, flexibilidad, rentabilidad, relación coste-beneficio, contrato-programa, incentivos, planes estratégicos... Todo ello implica que ideas hermosas (pero tan difíciles y complejas de gestionar) como la igualdad o la universalidad resulten imposibles de mantener bajo la idea de la rentabilidad, entendiéndose la solidaridad como una ruina económica

«Los objetivos se han ido cumpliendo gracias al trabajo enfermero, pero los incentivos van siempre a los mismos»

difícil de mantener cuando los recursos «escasean»

Aunque es cierta la existencia de ciertos problemas: el aumento del gasto farmacéutico, saturación de servicios, el aumento de las listas de espera, existe un frenazo de la inversión en las dotaciones presupuestarias en las que el personal de enfermería es una de las principales víctimas».

«A la par existe una estrategia nueva que pasa por la descentralización del poder de decisión y esto afecta tanto al papel de los profesionales (a algunos más que a «otros») como al papel del ciudadano».

Amezcuca mostró serias dudas sobre si las enfermeras somos conscientes de la invitación que se nos hace ante esta nueva forma de compromiso según el último documento del plan estratégico: basado en configurar la oferta de la demanda y el precio de los servicios que prestamos así como acrecentar nuestra asunción de responsabilida-

des.

De hecho Amezcuca observa una disociación entre el cambio que el sistema nos lanza a los profesionales de enfermería y la tendencia que tenemos a acomodar-

arnos en la rutina de modalidades que tradicionalmente eran nuestra bandera en APS: las consultas de enfermería, la rutina de los programas de salud e incluso la rutina de la educación sanitaria estandarizada.

El sistema Sanitario ahora nos propone un cambio de emplazamiento de los cuidados de la consulta al domicilio, del centro de trabajo hacia la comunidad, y por otra parte, la definición de espacios propios del cuidado, poniéndose de manifiesto la necesidad de garantizar la continuidad de los cuidados. Por ello según Amezcuca debemos configurar el modelo de enfermería por el que queremos que se nos reconozca en el futuro y para ello sería necesario orientar el modelo hacia una enfermería comunitaria, registrar con precisión los espacios de cuidados, y determinar con experiencia el manejo de los grupos que ahora se nos encomienda.

## Clarificar la gestión

También expuso que debemos reivindicar y clarificar el modelo de gestión de enfermería para el futuro porque si no otros lo harán con menos certeza de lo que lo podamos hacer nosotros.

Según Amezcuca, deberíamos ir hacia un modelo de gestión de servicios; a propósito de esto comentó que en los últimos años los coordinadores de enfermería de distrito han gozado plenamente de su carácter de directivos pero el sistema los ha usado poco en esa vertiente. Por ello él abogaría por un cambio de orientación en el que se configurara la gestión de servicios de enfermería con unas características mucho más técnicas.

Mostró sus dudas sobre el papel del

➡ Pasa a página 9

Mª de la O Jiménez, explicó el nuevo organigrama de la Junta Andaluza

# «Que no existan enfermeros en el equipo directivo de gestión es lo más coherente»

LA DELEGADA DE SALUD DE CÁDIZ HIZO ESTAS DECLARACIONES EN EL MARCO DE SU PONENTIA «EL PROTAGONISMO DE LA ENFERMERÍA EN LAS ACTUALES POLÍTICAS SANITARIAS»

ENF. FRANCISCA ANAYA CINTAS

María de la O Jiménez, Delegada Provincial de Salud de Cádiz declaró que las decisiones tienen que estar basadas en argumentos técnicos y en datos y no en decisiones políticas. Explicó que la mentalidad cuidadora implica un cambio en la orientación de los servicios tanto de APS como del de Especializada para dar respuesta a los problemas de estilo de vida; y argumentó que la profesión enfermera es la que «más cómodamente» puede instalarse en la acción cuidadora. El liderazgo para conseguir el cambio en la orientación de los servicios tiene que llevar por delante «el orgullo enfermero». Según la ponente los enfermeros hemos opinado muy poco del sistema sanitario y los cambios que deben producirse en él.

## Menos enfermeras

Si miramos indicadores, cada vez hay menos enfermeras en los centros de salud por un criterio economicista aunque reivindicó que este no debe ser el único. Según la ponente hay que obligar al gestor a que analice cuando toma una decisión por qué opta y cuáles son las ventajas y las consecuencias de todo ello.

➔ Viene de la página 8

Coordinador de Enfermería pues creía que sus prioridades estaban dirigidas a lograr el mayor número de recursos posibles para enfermería y en dicha medida podría sentirse más satisfecho. En su distrito ha conseguido equiparar las plantillas entre enfermeras y médicos pero se dio cuenta que esto era una navaja de doble filo: pues aunque había logrado incrementar los recursos de enfermería no estaba logrando incrementar la actividad; así que a la hora de competir con los demás distritos

Argumentó que si hay que controlar el gasto deberíamos buscar otras fórmulas imaginativas como las ONG, con alguna subvención (aquellas asociaciones que están ejerciendo cuidados a pacientes terminales, y pacientes que se sitúan en el margen entre lo sanitario y lo social). Se cuestionó también si las enfermeras comunitarias conocemos los grupos de autocuidados que funcionan en su zona y hace algo con ellos, a lo que respondió que no.

## Sistema público

Reclamó que el desarrollo profesional está en lo público ya que es donde mejor podemos desarrollar nuestra actividad. Sin embargo en la actualidad en un momento en el que existe una gran carencia de empleo, un yacimiento de nuevos empleos son los cuidados del mantenimiento de la vida, donde la oferta de trabajo se está realizando mediante personas y no mediante tecnologías. Planteó las diferencias que existen entre trabajar en una zona rural y otra urbana y que como enfermeras no miramos a quien van destinados esos servicios, no sólo individualmente sino también en conjunto.

Reclamó nuestra capacidad para ha-

resultaba ser el que más recursos tenía pero el que menos trabajaba.

Comentó que en la actualidad trabaja en base a retos en vez de conseguir recursos que luego le cuesta ver en qué voy a invertir.

Amezua planteó que en el actual sistema hiperburocratizado hay que recurrir a la prensa científica y profesional como medio para demostrar a nivel de gestión que se conozca qué hacen los enfermeros aunque también desde el foro se concluyó la necesidad de revisar los Sistemas de Información de Enfermería. ●

cer miles de cosas aunque no tengamos la función del diagnóstico médico. Tenemos que hacer no sólo aquello que creamos que debe hacerse con la población asignada sino que tiene que haber una interactividad y ofertarlo.

Destacó como objetivo principal al ciudadano y su defensa: «En la perspectiva del ciudadano no existimos en muchas cosas que la enfermería con su acción cuidadora podría aportar tantas».

## Enfermeras dóciles

Según Jiménez, «las enfermeras somos dóciles y cuestionamos poco las cosas aceptando sin más las decisiones del gestor. El título que tenemos por ley nos capacita para ejercer una función social dentro y fuera del sistema sanitario. Nos debe imprimir un compromiso que es en el que fallamos: un compromiso con la sociedad, con el usuario, con los compañeros del equipo y con nuestros propios coordinadores. Necesitamos poder o lo que es lo mismo independencia, autonomía y exclusividad sobre nuestra práctica».

«Debemos participar en la vida social. No concibo que un profesional de la salud pueda vivir al margen de su contexto social ya que ese entorno influye en el origen de los problemas y en el diseño de la organización sanitaria. Hemos de tener profesionalidad y esta radica en el compromiso con la sociedad y la propia organización».

La delegada de salud explicó el nuevo organigrama estudiado por el SAS. En él, el Equipo directivo de Distrito estaría integrado por el Director de Distrito o Gerente, el Administrador y el Director Asistencial es decir no existiría ningún enfermero en ningún puesto directivo de gestión en Atención Primaria algo que según ella es más coherente con la realidad actual que tenemos. ●

La AEC organizó una mesa redonda en esta reunión

## La clave del cuidar

ENF. FRANCISCA ANAYA CINTAS

La primera aportación a este debate llegó de la mano de Pilar Sánchez, enfermera comunitaria. En su intervención explicó cuál es la clave para que el tipo de organización enfermera no altere su producto: «Para cuidar pienso que no es necesario que haya una organización preestablecida. Pero sí que lo primero es que la enfermera tiene que tener orgullo y estilo y sobre todo tener una formación adecuada para poder cuidar.

Ahora bien, es necesario que se nos adecue la formación a las necesidades de la población con la que trabajamos y de acuerdo a las exigencias de los cuidados que tenemos que dar y ahí entra el papel del coordinador de distrito o de enfermería. Otro de los factores que facilitan el cuidar es la distribución geográfica, cómo nos organizamos». Llegados a este punto hizo un repaso a lo que es el modelo de sectorización implantado en la Comunidad valenciana y actualmente en vías de desaparición ante la nuevas directrices del nuevo equipo de gobierno en dicha Comunidad.

### Cuidar con la comunidad

Jorge Mínguez, enfermero comunitario de La Rioja, y profesor de Enfermería comunitaria explicó cómo identificar los cuidados en situaciones críticas como el atentado a la casa cuartel de Arnedo. «¿Qué hay que hacer para cuidar? Lo primero es pensar qué es lo que tenemos que hacer, de-

tecar las situaciones sobre las que tenemos que actuar y llevarlo a cabo de acuerdo a un esquema preformado según las necesidades a cubrir, siguiendo cada uno el modelo enfermero (invitando así a la concurrencia a debatir la necesidad de seguir un modelo enfermero para cuidar mejor a la población), dar una visión global a la población de lo que ocurre y acompañar.



© AGG

«Ser cuidado, cuidar, cuidarse ¿quién a lo largo de la vida no ha conocido estos imperativos»

F. Collière

comunidad el derecho que ésta tiene sobre su propio cuidado. Por todo ello, considero que la clave del cuidar está en ser excelentes en cualquier situación y sobre todo en aquellas de crisis».

### Formación

Antonio Frías, profesor de Enfermería Comunitaria de la E.U.E. de Jaén y Director de la misma basó su intervención en las posibles diferencias que podrían existir entre los cuidados que las enfermeras proporcionan según sean formadas en una Comunidad autónoma o en otra.

La actuación de los profesionales debe estar adaptada a las características de la población con la que han de trabajar pero además éstos deben ser capaces de dar respuestas a multitud de poblaciones distintas, es decir, la formación debe ser distinta pero a la vez garantizar que cualquier enfermera pueda trabajar no sólo en la Comunidad Autónoma Andaluza, en España o Europa sino en cualquier otro contexto, de los que ya se están dando algunos. La situación actual, con la ley de reforma universitaria hace que la competencia que se empieza a dar entre las distintas universidades están favoreciendo la diversidad de estudios respecto a una misma carrera ya que aproximadamente el 40% del currículum son materias no troncales. Sin embargo en reuniones mantenidas con otros profesores de enfermería comunitaria se ha visto cómo las diferencias no son tan profundas y que éstas responden a adaptaciones a contextos concretos. La influencia que los currículos tienen sobre la formación de la gente es mínima frente a la que ejerce la práctica en los centros de trabajo.

### Gestión

Salvador Sanz, enfermero comunitario, ofreció la visión que desde la gestión (actividad que ha desempeñado durante largo tiempo) se tiene del cuidar enfermero. Las preocupaciones de la empresa en estos momentos, se inclinan más por el número de técnicas que se realizan que por el nivel de salud de la población. Se ha pasado de «La salud no tiene precio» en los años 60, a un interés por el gasto que comienza a partir del boom de los hospitales y años después con la Ley General de Sanidad

Por otro lado, y respecto a cuál es la imagen de los cuidados que nuestros mandos planifican, organizan y dirigen Salvador Sanz apuntó que la imagen de los cuidados tiene que darla el profesional que los proporciona, distinta es la imagen del servicio que se da desde las Direcciones de enfermería o desde las Direcciones Generales. Si bien hay que plantearse qué estamos dando por lo que estamos recibiendo.

Pasa a página 11 ➡

➔ Viene de la página 10

El debate posterior, tras la visualización de fragmentos de «Johnny cogió su fusil» y «El paciente inglés», se centró en la siguiente reflexión: «Cuidar no es patrimonio de una sola profesión, entonces, ¿cuál es el patrimonio, la esencia que determina la independencia profesional de la enfermera?» Pilar Sánchez afirmó que cuidar es mantener, proporcionar las necesidades humanas, contando para ello con la comunicación y la formación, y que, si bien estamos muy bien preparados en técnicas, no ocurre lo mismo con la comunicación un elemento imprescindible a tener en cuenta a la hora de cuidar y por el que deberemos formarnos. «Ser enfermera es percibir, pensar, relacionar, juzgar y actuar frente a frente con la persona que tienes delante. Pero las personas a las que cuidamos tienen libertad para decidir cómo se cuidan y autonomía para ello, o en su defecto deberemos desarrollarla para que lo puedan hacer. Para lograrlo se debe dar un desarrollo personal en la persona cuidada lo que implica un enfoque distinto en nuestro trabajo, dirigido al fomento y desarrollo de la autonomía del usuario.

Los cuidados que proporcionemos deben ser liberadores haciendo que tengan la sensación de que ella y su familia participa del cuidado, o lo que es lo mismo: aceptar la existencia de los cuidadores informales, apoyándoles, enseñándoles y en el momento de crisis estando con ellos ayudándoles a que desarrollen su autonomía utilizando la capacidad que les queda. En el cuidado con la comunidad somos un punto de referencia y apoyo dejándoles siempre que mantengan una autonomía propia. Habrá momentos que nos necesitarán y otros en los que finalizada nuestra labor prescindan de nuestros servicios, tal y como ocurre en el resto de profesiones». ●

## El producto-coste enfermero

El día 24 se celebró una mesa dedicada al producto-coste enfermero. En ella participaron Antonia Campo Osaba, enfermera de la Unidad de Investigación Centre del ICS; Ana Fuentes Martínez, enfermera del centro de salud de Linares; Gonzalo Duarte Climents, enfermero del Centro de salud Santa Úrsula de Santa Cruz de Tenerife y Miguel Collado Jiménez adjunto de Enfermería del centro de salud Federico del Castillo de Jaén. Esta interesante mesa se caracterizó por la exposición de diferentes proyectos, desde distintas partes del país, que intentan definir el producto enfermero. Estudios que utilizan como herramienta el marketing con un objetivo muy específico y delimitado; cómo dar a conocer nuevas intervenciones, nuevos programas, donde se desarrollan en la actualidad los cuidados de enfermería.

Planes de investigación como el que intenta definir qué parte de la actividad enfermera está relacionada con el diagnóstico enfermero y qué parte lo está con el diagnóstico médico, con el fin de distinguir la esfera independiente de la dependiente. ●

## «La comunicación en crisis. El papel de Enfermería»

José Antonio Souto, Director Gerente de la Fundación «Progreso y Salud» condujo la reflexión sobre el futuro inmediato de la profesión enfermera en relación a la comunicación:

«En la medida en que no estemos dispuestos a escuchar el sonido del entorno y del ciudadano, estaremos perdiendo oportunidades de situarnos como profesionales en el futuro inmediato en el que vamos a trabajar. El hecho de que uno no escuche, no sepa comunicar, no va a afectar al sistema sanitario en su conjunto, pero sí a los profesionales individualmente porque el ciudadano directa, o indirectamente va a elegir: o bien centro de salud o bien elegirá otro profesional de enfermería, lo cual es ya imparable.

Si soy capaz de establecer mi propia acción personal y profesional que mejore la comunicación con el entorno y mis pacientes, que mejore la que tengo con mis compañeros y que, además beneficie a la organización con la que trabajo (aunque no me lo demande) estaré construyendo un profesional que empezará el siglo XXI incorporado a las verdaderas técnicas de funcionamiento. Por el contrario, el sistema y la ciudadanía se encargarán de expulsar a aquellos profesionales que no sepan adaptarse a las necesidades de los ciudadanos

Respecto al ejercicio de nuestra profesión, éste se va a desarrollar en la medida que al cliente, que potencialmente va a elegir un servicio, le resultemos satisfactoriamente agradables y le respondamos a sus problemas. Además vamos a ser un profesional requerido y aceptado en la medida en que la organización a la que pertenecemos también reconozca nuestro trabajo, luego tendremos que hacer comunicación y marketing interno. Y también tenemos que inducir cambios en la imagen y comunicación en la empresa en la que trabajamos en la medida que creamos que deba modificarse.»

Las conclusiones extraídas de los distintos grupos de trabajo sobre el papel de Enfermería y la comunicación fueron las siguientes necesidades: entrenamiento y formación en habilidades de comunicación; adaptación de la información a las necesidades sentidas de la población; Conveniencia de formación práctica en comunicación entre equipo sanitario y sociedad.; adaptar el producto enfermero a las necesidades de la población; diseñar mecanismos de evaluación para valorar si la población identifica o no los mensajes; necesidad de establecer planes de comunicación adaptables a cada oferta de producto y a cada población objeto de la oferta; necesidad de elaborar un plan de comunicación de enfermería mediante las instituciones. «Los enfermeros debemos gestionar y defender nuestra imagen profesional en nuestros centros de trabajo». ●

## INVESTEN es la primera lista de discusión sobre investigación en Enfermería en castellano en la red

ENF. ENRIQUE RAMALLE GOMARA (LA RIOJA)

En el año 1996 se constituyó un Grupo de trabajo del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) para la investigación de enfermería, que expuso durante un seminario en Albacete sus recomendaciones para el desarrollo de la investigación de enfermería dentro del marco del Sistema Nacional de Salud\*

Los objetivos del Grupo son estimular la autocrítica metodológica dentro de los proyectos de investigación; servir de cauce para el intercambio de dudas y consultas sobre metodología de la investigación; intercambiar experiencias entre investigadores sobre proyectos de enfermería; promover la realización de estudios cooperativos de investigación; recoger propuestas e iniciativas sobre nuevas líneas de investigación; facilitar la investigación de enfermería dentro del marco de la Oficina de Fomento de la Investigación Biomédica del ISCIII.

El Grupo ha seguido trabajando en diferentes líneas, siendo una de ellas la difusión y el intercambio de ideas aprovechando las utilidades de las nuevas tecnologías. Así, se ha creado una página WEB dentro de la página WEB del Instituto de Salud Carlos III (<http://www.isciii.es/unidad/stn/gstnie.html> y <http://www.isciii.es/unidad/stn/gstnie2.html>) donde se presentan los componentes del grupo, las actividades que se realizan y se invita a enviar información relacionada con la investigación de enfermería a las personas interesadas.

Durante el año 1997 la Red Iris ofreció al grupo la oportunidad de crear una lista de discusión sobre investigación de enfermería. Una lista de discusión\*\* es una forma de comunicación entre usuarios de Internet que, a través del correo electrónico, mantienen discusiones sobre algunos temas. Cuando un

usuario se suscribe a una de ellas recibe copias de todos los mensajes enviados a la lista. Esta lista, bajo el nombre de INVESTEN, lleva funcionando desde el mes de octubre de 1997 y está abierta a todas las personas interesadas en la investigación de enfermería, no cubriendo otros campos de la actividad enfermera (gestión, docencia, asistencia) para los cuáles existen listas específicas.

INVESTEN es la primera lista española de investigación de enfermería y su futuro depende del empuje que entre todos seamos capaces de darle. Supone una ocasión inmejorable de participar en un sistema rápido, económico, efectivo y de gran expansión para intercambiar ideas, experiencias y posibilidades de investigación.

Para suscribirse a la lista basta con mandar un mensaje a `LISTSERV@LISTSERV.REDIRIS.ES` especificando en el cuerpo del mensaje: Suscríbete INVESTEN nombre y apellidos.

El autor de este artículo es el responsable de INVESTEN. Entre las funciones que tiene encomendadas un responsable de una lista de discusión están el estimular discusiones de interés en la lista, dar soporte a nuevos suscriptores y trabajar en la creación de documentos sobre cuestiones frecuentemente preguntadas en la lista, pero no debe ser mucho más que un amigo en la sombra, no recayendo sobre él la vitalidad de la lista, sino que ésta recaerá sobre los suscriptores. ●

\*Grupo de Trabajo del Centro Coordinador REUNI para la Investigación de Enfermería. Investigación clínica de enfermería en la Red de Unidades de Investigación. Enfermería Clínica 1997; 7: 29-30

\*\*Pareras LG. Internet y Medicina. Barcelona: Masson, 1996

## Los interinos andaluces se movilizan

Los interinos del SAS de todas las categorías se han constituido recientemente en asociación para la defensa de sus intereses, ante la convocatoria pública de empleo que esta intentando sacar adelante el SAS. En el plazo de un mes han conseguido estar coordinados casi todos los centros de Andalucía.

El SAS lleva 8 años sin convocar concursos de traslados ni oposiciones, incumpliendo el acuerdo de realizarlos anualmente cuando se suprimió el Concurso Abierto Permanente. Este sistema cubría las plazas vacantes con el personal que tuviera más puntuación en ese momento según un baremo del SAS.

En los pasados intentos que se efectuaron en el 94 y el 95, muchos invirtieron una cantidad considerable de tiempo y dinero en preparar oposiciones que nunca se convocaron. Para este colectivo, la decisión de sacar adelante un concurso de traslado y después una oposición sin tener en cuenta su situación es una injusticia, ya que ahora afrontan cargas familiares que obviamente imposibilitan una dedicación óptima a la preparación de dichas oposiciones, por lo que exigen una solución al SAS que permita su estabilidad.

El pasado día 22 de noviembre se manifestaron ante la sede central del SAS en Sevilla, y participaron unas 2.500 personas de forma totalmente pacífica.

Durante la manifestación, Francisco Javier Perales, enfermero interino en Linares, refería a este corresponsal que «no sé cuál es la solución que tiene que dar el SAS, yo lo que quiero es seguir atendiendo a mi comunidad que conozco bien. Yo no tengo la culpa que durante tantos años no me hayan dejado opositar. Dentro del colectivo unos compañeros se inclinan por que se les haga fijos laborales y otros están radicalmente en contra de esta medida, y hay muchas ideas, de todos modos son los responsables de esta situación quienes deben dar respuesta. Hay muchos de nosotros que se sienten profundamente descontentos con la actitud de los sindicatos, ya que según ellos, con su pasividad han contribuido también a llegar a esta situación insostenible».

De momento, esta Asociación de interinos del SAS va a seguir presionando al SAS para conseguir estabilidad para todos los interinos. ●

➔ Viene de la página 10

El debate posterior, tras la visualización de fragmentos de «Johnny cogió su fusil» y «El paciente inglés», se centró en la siguiente reflexión: «Cuidar no es patrimonio de una sola profesión, entonces, ¿cuál es el patrimonio, la esencia que determina la independencia profesional de la enfermera?» Pilar Sánchez afirmó que cuidar es mantener, proporcionar las necesidades humanas, contando para ello con la comunicación y la formación, y que, si bien estamos muy bien preparados en técnicas, no ocurre lo mismo con la comunicación un elemento imprescindible a tener en cuenta a la hora de cuidar y por el que deberemos formarnos. «Ser enfermera es percibir, pensar, relacionar, juzgar y actuar frente a frente con la persona que tienes delante. Pero las personas a las que cuidamos tienen libertad para decidir cómo se cuidan y autonomía para ello, o en su defecto deberemos desarrollarla para que lo puedan hacer. Para lograrlo se debe dar un desarrollo personal en la persona cuidada lo que implica un enfoque distinto en nuestro trabajo, dirigido al fomento y desarrollo de la autonomía del usuario.

Los cuidados que proporcionemos deben ser liberadores haciendo que tengan la sensación de que ella y su familia participa del cuidado, o lo que es lo mismo: aceptar la existencia de los cuidadores informales, apoyándoles, enseñándoles y en el momento de crisis estando con ellos ayudándoles a que desarrollen su autonomía utilizando la capacidad que les queda. En el cuidado con la comunidad somos un punto de referencia y apoyo dejándoles siempre que mantengan una autonomía propia. Habrá momentos que nos necesitarán y otros en los que finalizada nuestra labor prescindan de nuestros servicios, tal y como ocurre en el resto de profesiones». ●

## El producto-coste enfermero

El día 24 se celebró una mesa dedicada al producto-coste enfermero. En ella participaron Antonia Campo Osaba, enfermera de la Unidad de Investigación Centre del ICS; Ana Fuentes Martínez, enfermera del centro de salud de Linares; Gonzalo Duarte Climents, enfermero del Centro de salud Santa Úrsula de Santa Cruz de Tenerife y Miguel Collado Jiménez adjunto de Enfermería del centro de salud Federico del Castillo de Jaén. Esta interesante mesa se caracterizó por la exposición de diferentes proyectos, desde distintas partes del país, que intentan definir el producto enfermero. Estudios que utilizan como herramienta el marketing con un objetivo muy específico y delimitado; cómo dar a conocer nuevas intervenciones, nuevos programas, donde se desarrollan en la actualidad los cuidados de enfermería.

Planes de investigación como el que intenta definir qué parte de la actividad enfermera está relacionada con el diagnóstico enfermero y qué parte lo está con el diagnóstico médico, con el fin de distinguir la esfera independiente de la dependiente. ●

## «La comunicación en crisis. El papel de Enfermería»

José Antonio Souto, Director Gerente de la Fundación «Progreso y Salud» condujo la reflexión sobre el futuro inmediato de la profesión enfermera en relación a la comunicación:

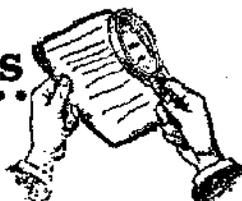
«En la medida en que no estemos dispuestos a escuchar el sonido del entorno y del ciudadano, estaremos perdiendo oportunidades de situarnos como profesionales en el futuro inmediato en el que vamos a trabajar. El hecho de que uno no escuche, no sepa comunicar, no va a afectar al sistema sanitario en su conjunto, pero sí a los profesionales individualmente porque el ciudadano directa, o indirectamente va a elegir: o bien centro de salud o bien elegirá otro profesional de enfermería, lo cual es ya imparable.

Si soy capaz de establecer mi propia acción personal y profesional que mejore la comunicación con el entorno y mis pacientes, que mejore la que tengo con mis compañeros y que, además beneficie a la organización con la que trabajo (aunque no me lo demande) estaré construyendo un profesional que empezará el siglo XXI incorporado a las verdaderas técnicas de funcionamiento. Por el contrario, el sistema y la ciudadanía se encargarán de expulsar a aquellos profesionales que no sepan adaptarse a las necesidades de los ciudadanos

Respecto al ejercicio de nuestra profesión, éste se va a desarrollar en la medida que al cliente, que potencialmente va a elegir un servicio, le resultemos satisfactoriamente agradables y le respondamos a sus problemas. Además vamos a ser un profesional requerido y aceptado en la medida en que la organización a la que pertenecemos también reconozca nuestro trabajo, luego tendremos que hacer comunicación y marketing interno. Y también tenemos que inducir cambios en la imagen y comunicación en la empresa en la que trabajamos en la medida que creamos que deba modificarse.»

Las conclusiones extraídas de los distintos grupos de trabajo sobre el papel de Enfermería y la comunicación fueron las siguientes necesidades: entrenamiento y formación en habilidades de comunicación; adaptación de la información a las necesidades sentidas de la población; Conveniencia de formación práctica en comunicación entre equipo sanitario y sociedad.; adaptar el producto enfermero a las necesidades de la población; diseñar mecanismos de evaluación para valorar si la población identifica o no los mensajes; necesidad de establecer planes de comunicación adaptables a cada oferta de producto y a cada población objeto de la oferta; necesidad de elaborar un plan de comunicación de enfermería mediante las instituciones. «Los enfermeros debemos gestionar y defender nuestra imagen profesional en nuestros centros de trabajo». ●

## Análisis



Álvarez Maldonado, I et al.  
**Diagnósticos aplicados a población incapacitada**  
.....  
*Rol de Enfermería. Junio 1997. 226: 25-28*

La implantación del diagnóstico enfermero en los servicios como herramienta cotidiana de trabajo, pasa inevitablemente por el hecho de hacer patente su aplicabilidad y las ventajas que puede aportar su utilización. El artículo en cuestión presenta un estudio descriptivo sobre Diagnósticos enfermeros en población incapacitada de un centro de salud, que aporta interesantes aspectos en relación a esta visión del diagnóstico como instrumento aplicable y útil.

Al margen de las reservas metodológicas que podría suscitar el hecho de que los diagnósticos se identifican por los propios investigadores mediante la transcripción a etiquetas de la NANDA de problemas registrados en las historias, el artículo es capaz de realizar una radiografía de la situación de los pacientes incapacitados y de aplicar es-

tos resultados sobre todo a mejoras en la formación de los enfermeros y la propia implantación de los diagnósticos, y en menor medida, a aspectos relacionados con la organización de los servicios de enfermería y la calidad de los cuidados.

Especial interés tiene como elemento motivador la utilización de las etiquetas diagnósticas prevalentes como núcleo de implantación del diagnóstico enfermero. De esta forma, se consigue facilitar la implantación al reducir el número de etiquetas a manejar en un principio, garantizándose en todo momento la identificación de un importante número de casos.

Enf. Rafael del Pino

Moreno, L. Cabrera, M<sup>a</sup> T<sup>a</sup>. García, L.  
**Lactancia materna**  
.....

*Rol de Enfermería. Julio-Agosto 1997. 227-8: 79-84*

Las autoras del trabajo son matronas de la Unidad de asistencia al parto del departamento de Obstetricia y ginecología del Hospital «12 de Octubre» de Madrid. En la primera parte del estudio se observaron un total de 202 mujeres.

El método empleado fue una encuesta, mediante entrevista, que abarcaba aspectos socioculturales y de opinión acerca de la lactancia en el mo-

mento del parto.

Al mes se realizaba una segunda encuesta telefónica para recoger información sobre tiempo de lactancia y motivo de abandono de la misma. Los resultados: del 91,5% de las mujeres que iniciaron la lactancia natural al mes un 30,7% la había abandonado.

Se encontró que tuvieron relevancia para el mantenimiento de la lactancia natural las actuaciones en el momento del parto: cuando el recién nacido tuvo contacto piel a piel con la madre en el postparto inmediato. Cuando el bebé fue puesto al pecho en los primeros 30 minutos después de nacer la lactancia materna se inició y se mantuvo en un número mayor de niños.

Basándose en estos resultados se preparó la segunda parte del trabajo: conocer la incidencia y duración de la lactancia natural después de fomentar cambios de actitudes dirigidas a promover, proteger y apoyar dicha lactancia

Se eligió un grupo de estudio y un control.

La actitud que se tomó con respecto al grupo estudio fue:

- Durante el periodo de dilatación las matronas dialogaban con las mujeres sobre la lactancia.

- Tras el periodo expulsivo se les colocó el niño sobre el abdomen, y se ayudó a ponerlo en el pecho inmediatamente.

- El niño permaneció durante el periodo sensitivo inicial en la cama con su madre, succionando de forma intermitente. Se explicaba la correcta postura para la mamada y la composición e importancia del calostro.

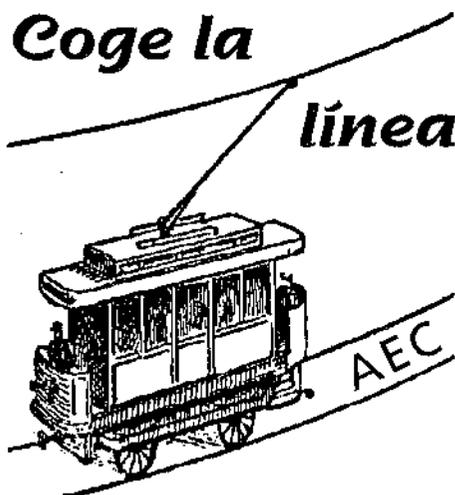
- Las matronas continuaron el contacto diario con las puerperas.

Al mes y a los seis meses se realizaron contactos telefónicos con ambos grupos para comprobar si continuaba la lactancia natural.

Tras estas intervenciones se demuestra con resultados estadísticamente significativos que el grupo de estudio inició y mantuvo en mayor porcentaje la lactancia natural.

Concluyen las autoras, acertadamente, que la lactancia es una técnica que se debe aprender y practicar y resaltan la relevancia de las actitudes de las matronas durante el parto, postparto y puerperio para conseguir que las madres lacten con éxito.

Enf. Angeles Molina Morate



## Cartas



### CUIDAR VA MÁS ALLÁ DE LA TÉCNICA

Enf. Amparo Romero Ranz

Estimados compañeros:

Os hago llegar la carta que Consuelo, presidenta de la Asociación Valenciana de Anticoagulados AVAC, escribe a la monitora de un curso de autoestima y relajación organizado para mejorar la calidad de vida de estas personas. La monitora Doli Pandiñes, no tiene ninguna titulación. Se autodefine como «formadora de mujeres». Como podréis ver por la carta, estar formado o motivado no tiene nada que ver con una profesión y se puede cuidar muy «requetebién». He aquí su carta:

«Hola mi nombre es Consuelo y me gustaría contar mi experiencia como participante en un curso de autoestima y relajación pudiendo sacar al final conclusiones.

Cuando llegué el primer día me encontré con un grupo de mujeres que más o menos habían pasado por lo mismo que yo, en aquel momento no pensé que yo era de las que más necesitaba el curso de autoestima y relajación.

Doli, la voy a llamar por su nombre porque aunque me da vergüenza decirlos no se el título que se le da a esta profesión, se convirtió enseguida, además de en nuestra monitora en nuestra amiga.

La primera impresión que tuve de ella fue la de una mujer fuerte y segura de sí misma y no porque sea de complejidad grande, sino por la serenidad de sus rasgos, por la seguridad que da ella misma y sus palabras y por el control de su cuerpo en armonía con su mente.

Empezaré a contar los ejercicios que nos enseñó: el primero que aunque es sencillo no es menos importante. Se trataba de lanzar las unas a las otras una pelota a la vez que se decía el nombre de la persona que recibía la pelota. Este ejercicio tuvo gran impor-

tancia ya que me ayudó a ejercitar la memoria pues me daba mucho apuro acordarme de unos nombres y de otros no. Me sentía como si diera importancia más importancia a unas compañeras que a otras por lo que estuve en casa tratando de recordar sus nombres y sus rostros.

También hemos hecho ejercicios de respiración y relajación que nos han ayudado a conocer mejor nuestro cuerpo y nuestra mente, y conseguir que trabajen en nuestro beneficio, aumenten nuestras posibilidades y el autocontrol en las situaciones más o menos adversas que nos podamos encontrar dentro de nuestras limitaciones. Ahora os voy a hablar de los ejercicios que me han parecido más beneficiosos y placenteros:

— Percepción de sentimientos mediante el tacto en la cara. En este ejercicio he llegado a sentir mucha paz. En él, poniendo interés y concentración puedes sacra la niña/o que todos llevamos dentro y, al asumir nuestras responsabilidades de personas adultas da la posibilidad de dar ese afecto que, a veces, inconscientemente nos rechazan nuestros hijos, esposos o personas queridas.

— Percepción de la energía mediante el tacto en las manos. En este ejercicio pasas de sentirte sola a una total comunicación con alguien que te dice que el mundo está lleno de personas que te quieren y te pueden querer.

— Relajación total escuchando música recitando los distintos paisajes por los que vas paseando con la imaginación. De todos yo prefiero llegar al momento en que te adentras por el bosque pasando unas veces por caminos desconocidos y tortuosos, otras por caminos donde abundan las sombras y otras veces por sitios donde se abren grandes claros para llegar al final a un prado tranquilo donde a la sombra de un árbol te sientas a descansar escuchando el murmullo de un río que pasa suave. Esto es la vida, la vida vale tanto que tienes que luchar con fuerzas para conservarla. Conociendo tu cuerpo y tu mente se puede llegar a una armonía perfecta siendo imprescindible alimentar todos los días la alegría de vivir. Esto consigue hacerte y hacer felices a los demás.

Para terminar quiero decir que me lo he pasado muy bien, han habido anéc-

dotas muy buenas como, por ejemplo, cuando Loreto en mitad de la relajación nos decía «pues hija yo que quieres que te diga». Ahora sólo me quedaba decir que a Doli, sin dejar de parecer una mujer fuerte y serena, la veo de forma más serena y humana, como más cerca de nosotras, de nuestros problemas, pienso que es una gran mujer. Todas las asistentes han sido estupendas, hemos sido un buen equipo. La única pena es que se haya terminado. Gracias porque juntas hemos sido los eslabones de la cadena. Gracias Doli. Consuelo Coscollar Ramón»

### EL ENFOQUE HOLÍSTICO DE CUIDADOS TRASPASA FRONTERAS

Enf. Ana Serrano Moragues

Recientemente estuve en las últimas jornadas de PSICOGERIATRÍA Y GERONTOPSIQUIATRÍA celebrada por dicha sociedad española en la ciudad de Oporto (Portugal).

Llevo años estudiando al anciano y su entorno, la familia, la sociedad, y afortunadamente veo con el paso del tiempo un interés mayor demostrado por parte de todos. Por los propios gobiernos de los países, y por consiguiente de los Servicios Sociales, y Sanitarios. Un interés que se vuelca cada vez más en el cuidado del anciano como parte integrante de nuestra sociedad. Me produce una gran satisfacción el ver como las personas mayores viven más y mejor, pues de eso se trata.

Bueno y centrándonos ya en el aspecto científico de dichas jornadas os contaré mi impresión personal sobre ellas, basada claro esta en el enfoque del cuidado del anciano. Los temas centrales versaron sobre el estado de salud mental del mismo, la psicología diferencial, la heterogeneidad existente entre la demencia y la enfermedad de Alzheimer, y por supuesto se habló de la depresión, en la que tantos estudios tratan de demostrar la no relación entre esta y la senectud, y por supuesto de los últimos tratamientos del mercado.

Al hilo de todo lo hablado mis que-

Creada en Santa Fe (Granada) la primera Unidad del Anciano en Atención Primaria

# La responsable de la unidad es una enfermera

ENF. MANUEL AMEZCUA

El día 12 de noviembre de 1997 tuvo lugar en Santa Fe la inauguración oficial de la Unidad Funcional de Apoyo al Anciano, que ha puesto en marcha el Distrito Sanitario de Santa Fe con el objeto de coordinar las diferentes acciones llevadas a cabo con población mayor en su ámbito territorial. El acto fue presidido por las delegadas provinciales de Salud y de Asuntos Sociales y contó con la presencia de alcaldes, autoridades sanitarias y profesionales de los municipios de su cobertura. La principal peculiaridad de esta Unidad del Anciano es la circunstancia de tratarse de una unidad de carácter especializado ubicada en una estructura de Atención Primaria, dependiente funcionalmente de la Coordinación de Enfermería del Distrito, y a cuyo frente hay una enfermera.

Según manifestaciones de Vicenta Benavides, enfermera responsable de la unidad, las motivaciones de esta iniciativa están en relación con las particularidades del distrito sanitario de Santa Fe: una población rural, tasas de población anciana muy por encima que la media andaluza y en los últimos años el establecimiento de diferentes residencias para mayores, que favore-



⇒ Viene de la página 14

ridos compañeros, lo que llamó más mi atención, y esto sí que me sorprendió, fue la impresión grata y satisfactoria que recibí al oír que los cuidados impartidos al anciano se han de basar en el tratamiento holístico como ser BIOPSIKO-SOCIAL que es, adaptándose a modelos de cuidados.

La verdad es que no estaba acostumbrada a oír esta terminología fuera del ámbito de enfermería. Me alegro mucho por ello, por lo prometedor de sus palabras y la aparente apertura de sus mentes hacia un futuro de cuidado integral al anciano. «Nunca es tarde si la dicha es buena».

Sres., han descubierto el nuevo mundo ¡ADELANTE! ●

ce la situación del distrito en el área metropolitana de Granada, y cuya clientela es fundamentalmente foránea.

## Características de la unidad

La Unidad cuenta con recursos propios y desarrolla funciones asistenciales, docentes, de investigación y de administración de recursos. A ella están adscritos una enfermera a tiempo total, una a tiempo parcial, dos médicos a tiempo parcial y con carácter funcional los responsables de los servicios médicos de las residencias de ancianos. Además pretende canalizar todas las iniciativas y actividades de promoción de la salud dirigidas a ancianos por profesionales sanitarios del distrito y otros centros y grupos de la comunidad.

Las dos líneas principales de actuación de la Unidad son el trabajo con cuidadores de ancianos incapacitados y el trabajo en las residencias de ancianos establecidas en su territorio. Hasta ahora se han llevado a cabo programas de educación sanitaria con los familiares de ancianos que viven en su domicilio y tienen problemas de discapacidad. En la actualidad y a través de un proyecto de investigación financiado por la Consejería de Salud, se está estudiando el sistema de creencias sobre la salud de los cuidadores y el nivel de estrés que les produce su responsabilidad, siendo el objetivo último reforzar la labor de los cuidadores con programas de formación en cuidados básicos del anciano.

## Líneas de actuación

Hasta ahora se han establecido en el distrito un total de seis residencias de ancianos, lo que supone cerca de 500 camas que se verán incrementadas próximamente con la apertura de nuevos establecimientos, situación que ha originado no pocos problemas tanto de coordinación como de clarificación de las prestaciones sanitarias. A través de la Unidad del Anciano se han establecido mecanismos de coordinación

institucional, sirviendo de puente entre las demandas de las residencias y los recursos de los servicios sanitarios. Es la Unidad quien gestiona la demanda de los establecimientos privados y la que coordina la provisión de servicios en base a la cartera de servicios que se ha diseñado específicamente para los mismos. Hasta ahora se ha historiado a toda la población ingresada en residencias, estableciendo un protocolo de ingreso y adaptando las pautas de control y seguimiento de los pacientes crónicos, participando en el proceso de atención tanto el personal dependiente de los servicios sanitarios como el propio de las residencias. Los aspectos donde se está incidiendo más es en la racionalización del uso de medicamentos, implantando la prescripción de larga duración en tratamientos crónicos, y en el consenso de pautas de utilización de material fungible, estableciendo estocajes descentralizados, apreciándose un considerable descenso en la utilización de ambos recursos.

Entre las actividades a implantar en un futuro próximo están la realización de un plan de formación continuada para el personal cuidador en las residencias y el diseño de un contrato-programa con cada una de ellas.

Con ambas acciones (sobre cuidadores y residencias de ancianos) la Unidad Funcional de Apoyo al Anciano pretende cambiar el modelo tradicional de atención a la población mayor en un contexto que puede ser generalizable a un porcentaje muy elevado del territorio andaluz. El modelo se basa en la actuación sobre las redes de apoyo, reforzando tanto en el sistema informal de cuidados (cuidadores familiares) como las instituciones asistenciales de carácter privado (residencias de ancianos y hospitales de día), con lo que se pretende lograr una mayor autonomía del anciano en su entorno más inmediato, aumentando su calidad de vida, y disminuyendo el riesgo de hospitalización o encamamiento prolongado. ●