



# ASAMBLEA ANUAL

## **Desiderio-Rodrigo-Tolsá**

Dentro de la Iª Trobada D'Infermeria Comunitaria de la AEC Valencia, se celebró la asamblea anual ordinaria de socios, en donde se expuso el balance de gestión de la actual junta directiva, por parte de la tesorería se informó del número de socios por comunidades, de las entradas por cuotas y de los gastos producidos, efectuando un balance del año 1998, le siguió la secretaría quién dio cuenta de cuantas intervenciones ha efectuado la AEC, bien en Congresos, cursos como conferencias, asimismo informó de las vicisitudes con la fundación Index, empresa con la que tenemos suscrito un convenio, finalmente hizo referencia a distintas actividades realizadas por las vocalías territoriales de la AEC.

Tomó la palabra el presidente para anunciar la dimisión en bloque de la junta directiva por diversos motivos, tanto de índole personal, profesional o laboral, haciendo hincapié en la escasa participación de los socios en el desarrollo de la asociación, instando a un debate sobre los motivos de esa pasividad, como final la Asamblea respetó la decisión de la junta, delegando el inicio de un proceso extraordinario de

elecciones a la actual junta directiva.

Y es por ello, que me vais a permitir en este editorial, que a modo de epílogo recuerde, que fue durante el verano del 93 cuando, un pequeño grupo de enfermeras, no más de 10, nos juntamos en un jardín de la ciudad de Valencia, para defendernos de la agresión de algunas sociedades médicas y de algunos personalismos de quienes ocupaban cargos de gestión médicos, que pretendían tirar al traste los esfuerzos del colectivo enfermero por ganar un espacio en la comunidad, para pasar de enfermeras de médicos a enfermeras de la comunidad; de esa reunión nació la Asociación de Enfermería Comunitaria, todavía recuerdo la técnica de consenso que utilizamos para definir lo que entendíamos por Enfermería Comunitaria; desde entonces han pasado muchas cosas, este que os escribe unas veces desde la sombra y otras a pié de cañón siempre ha intentado desarrollar un grupo afín, tanto en conceptos enfermeros como en la praxis cotidiana, hace tres años se me eligió presidente de la Asociación, junto con el resto de la junta directiva y avalados por todos vosotros hemos situado esta asociación entre las más grandes en cuanto a número de socios

y entre las más conocidas por su actividad científica, pero todavía nos queda un largo camino hacia la independencia profesional, hacia el reconocimiento de los cuidados de enfermería como ciencia, hacia la licenciatura como base estructural de unos estudios propios, un largo camino que no podré seguir liderando, por motivos muy personales que me llevan hacia un cambio en mi propio estilo de vida que espero comprendáis, no obstante seguiré siempre a vuestro lado como socio activo, porque he convertido mi profesión en uno de mis hobbies.

Las líneas, el sentido, la estructura y el empujón ya están dados, ahora os toca a vosotros, a todos, demostrar que no ha sido en balde, demostradme a aquellos que nos boicotearon, a aquellos que siguen encerrados en personalismos, que la A.E.C., persigue la unión de cuantas enfermeras creamos que la salud no es un bien que se regala, sino que se construye con el esfuerzo de todos, por ello, a todos vosotros que habéis decidido pertenecer a esta asociación, os solicito que colaboréis para seguir avanzando, para seguir consolidando este proyecto que ya es una realidad.

## SUMARIO

- |                                      |                                    |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| 2 Candidatura a Junta Directiva      | 16 Cursos                          |
| 3 Congreso Nacional de Interrelación | 17 El Futuro de la Sanidad Pública |
| 4 IV Jornadas Documentación ...      | 18 Revista a las Revistas.         |
| 6 I Trobada d'Infermeria Comunitaria | 19 Úlceras                         |

# Elecciones 99

## Notificación

Se notifica que por un problemas de fechas se pospone las elecciones hasta el día 29 de Marzo de 1999.

## Carta a los Asociados

Estimadas/os compañeras/os: Con estas breves palabras pedimos vuestro voto para las elecciones a la Junta Directiva. Son muchos los logros alcanzados por la Asociación y el objetivo es continuar ese impulso.

Como todos sabemos el voluntarismo no es el fuerte de nuestra sociedad y no ha sido fácil conformar una nueva candidatura, a pesar de ello consideramos que el esfuerzo vale la pena.

Para los integrantes de la reciente terna será un gran estímulo el recibir tu voto porque ello supondrá que continúas apostando por éste proyecto común, "La Asociación de Enfermería Comunitaria".

La candidatura presidida por  
Adolf Guirao

## Candidatura

Presidente:	Adolf Guirao Goris (Murcia)
Vicepresidente:	Jorge Minguez Arias (La Rioja)
Secretaria:	Adela Huertas Mazon (Murcia)
Tesorera:	Maite Chocarro Chocarro (La Rioja)
Vocal de Comunicación:	Salvador Sanz Dominguez (Valencia)

## Propuestas de Actuación de la Junta Directiva

**Organización:** Encargo, en las medidas de las posibilidades de la asociación, a una secretaría técnica de las labores de: cobro y emisión de recibos, envíos a los socios y realización de tareas administrativas.

### Boletín de Enfermería Comunitaria:

- Edición cuatrimestral del boletín.
- Inclusión de un editorial firmado por la Junta Directiva.
- Inclusión de información con la evolución de las líneas de trabajo y proyectos que la asociación lleva en marcha.
- Discusión de los borradores en las reuniones y congresos científicos de la AEC.

### Líneas generales:

- Realizar una labor de liderazgo a nivel nacional en Enfermería Comunitaria.
- Realizar dos congresos y una reunión de la AEC en tres años, estableciendo las áreas temáticas de trabajo para cada uno de ellos y realizando la publicidad pertinente. Establecer la sede para los dos Congresos en La Rioja, siendo la reunión de carácter rotatorio.
- Participar en la FAECAP como socio fundador defendiendo los principios de la práctica de enfermera como profesión independiente y autónoma, y asumiendo el paradigma del cuidado enfermero.
- Cuidar al socio ofreciéndole como sociedad científica proyectos y servicios que le ayuden a mejorar como profesional de la Enfermería Comunitaria.



## BOLETÍN DE ENFERMERÍA COMUNITARIA

### COMITE DE REDACCIÓN

S. Munárriz Gandía  
Francisca Anaya Cintas  
CORRESPONSALES  
J. Adolf Guirao i Goris  
Juan Miguel Izquierdo Carrasco  
Amparo Izquierdo  
Concepción Martín  
José Ramón Martínez Riera  
DIRECCIÓN  
Barò de Càrcer, 44-2-4ª  
46001-Valencia  
TELÉFONO  
96 394 04 69  
CORREO ELECTRÓNICO  
aec@arrakis.es  
PÁGINA WEB  
<http://www.arrakis.es/~aec>

### 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-LA RIOJA

Apdo. Correos 162

26580-Arnedo

AEC-VALENCIA

Apdo. Correos 8.379

46080-Valencia

DEPÓSITO LEGAL

V-4834-1997

# "Enfermería Agente del Cambio"

## Conclusiones al Congreso Nacional de Interrelación

**José R. Martínez-Riera**

**MESA 1: ENFERMERÍA-UNIVERSIDAD:**

### "DEL HACER SABER AL SABER HACER"

De la teoría a la práctica (como la definió nuestro excelente Maestro de Ceremonias), las conclusiones aparecidas, resumidas por el Comité Científico, no nos muestran nada que no esperaríamos.

Efectivamente, la Universidad y los Centros Sanitarios deben estar totalmente en INTERRELACIÓN. La Universidad debe conocer las demandas de la actividad profesional, los recursos que la forman y los objetivos que persiguen.

De igual forma, en sentido contrario: de los centros a la Universidad; de manera que conjuntamente se potencie el gran número de objetivos comunes.

Coincidimos en lo transmitido por los responsables docentes, en cuanto a que las Escuelas Universitarias de Enfermería no deben limitarse a formar a profesionales laborales.

Esta interrelación UNIVERSIDAD - CENTROS ASISTENCIALES, debe pasar previamente por la unificación de los criterios de las distintas Universidades del Estado, cuanto menos. Es decir, iniciar la Interrelación entré las propias Universidades para poder volcarla de forma más lógica a los Centros Sanitarios.

El Comité Científico quiere destacar el reconocimiento a los Profesores Universitarios, pues en este Congreso se ha evidenciado claramente, gracias a las intervenciones de los estudiantes que el futuro está en buenas manos.

**MESA 2: INTERRELACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN.**

### "DE PRESTADOR DE CUIDADOS A CUIDADOS PRESTADOS"

Todo el contenido de la mesa, define la necesidad de que se lleve a cabo una adecuada y eficaz interrelación entre los diferentes Niveles de Atención. La propia Ley General de Sanidad, así como la mayoría de las normativas que regulan el funcionamiento de organización de los Sistemas Sanitarios, inciden de forma importante en la necesidad de relación entre niveles.

Quizás, la complejidad y la necesaria especialización de los diferentes niveles asistenciales que conforman las Organi-

zaciones Sanitarias, no faciliten como sería deseable, una adecuada relación entre ellos que favorezca la continuidad de cuidados al usuario.

Cada uno de los Centros de A. Primaria y de A. Especializada que forman parte de un Área de Salud, mantienen la necesidad individual de responder por sí mismos a la gestión de sus propios recursos en términos de eficiencia y eficacia. Esto obliga, necesariamente, a definir y llevar a cabo estrategias propias, encaminadas a conseguir objetivos particulares y evaluar su parcela asistencial dentro del Área. Desarrollar el Sistema de Atención que mantenga la consecución, sumamente lógica, de los objetivos de cada Institución y que permita la continuidad de los cuidados para que el usuario identifique un solo sistema, ha de pasar necesariamente por el desarrollo de la interrelación.

No es tarea fácil, pero el cambio de determinados Servicios Hospitalarios a otros basados en la Comunidad, la mayor exigencia de Servicios Sanitarios por parte de la población, debida al incremento de sus expectativas, los cambios demográficos, el desarrollo de la tecnología, la instalación de Hospitales de Día, la Cirugía sin ingreso, la Hospitalización a Domicilio, la gestión del recurso cama... Afecta cada vez más la demanda profesional de Enfermería en el domicilio del paciente.

Por ello, debemos tender mucho más hacia la articulación de los diferentes procesos a través de una correcta Interrelación y centrando su objetivo fundamental en la satisfacción de las necesidades de cuidados que presenta la población:

Pensamos que la Interrelación no obedece a un posible modelo, sino que traduce el único camino que puede cumplir la demanda de los ciudadanos.

**MESA 3: ENFERMERÍA-COMUNIDAD:**

### "DE LA DEMANDA A LA PARTICIPACIÓN"

La Enfermería, como profesionales formando parte de una empresa de servicios, ha de tener en cuenta la satisfacción de las necesidades de la población para el desarrollo de cualquier tipo de actividad.

Hemos oído en las solicitudes de los representantes de los usuarios conceptos tales como amabilidad, sonrisa, amor

universal... Pensamos que si los ciudadanos precisan de unos cuidados de Enfermería impregnados por estas características, los enfermeros hemos de conseguir que formen parte de nuestro curriculum.

Sabemos lo que quiere la comunidad, sabemos lo que quiere nuestro colectivo, sabemos los recursos que tenemos... Coordinar todo esto es un reto, pero estamos convencidos y convenceremos, hasta y para conseguirlo.

**MESA 4: ENFERMERÍA-POLÍTICA:**

### "DE OBJETO DE DESEO A DESEADO OBJETIVO"

Novedosa interrelación, difícil de concluir... Reivindicaciones, Ley de Funciones, carrera profesional, especialidades, legislación...

*La calidad: nuestra mejor política.*

Como enfermeros y como el colectivo sanitario más numeroso, estamos preparados para participar, al igual que otros profesionales, en los proyectos de reformas o cambios sanitarios. La Enfermería puede y debe analizar, definir, desarrollar, estructurar y llevar a cabo los cambios de todo proyecto sanitario.

*La Enfermería puede o debe ser AGENTE DE CAMBIO.*

### CONCLUSIONES FINALES:

Para llevar a cabo el reto de ser AGENTE DE CAMBIO los enfermeros hemos de vivir en Interrelación. Quizás, como decía Paco Ventosa, debemos amar en Interrelación, pero este concepto, el de Interrelación, que ni siquiera aparece en el diccionario, ha de iniciarse dentro de uno mismo. Por el respeto y reconocimiento del enfermero de Especializada a la labor del compañero de Atención Primaria, y por el respeto y reconocimiento del enfermero de Atención Primaria por el compañero de Atención Especializada.

Todo lo que hemos visto a lo largo de estos dos días de Congreso en las cuatro mesas desarrolladas, todo lo que sabemos que tenemos que realizar, el camino que se ha definido... seguramente pueda costar dos, cinco o diez años (no lo sé).

**PERO POR DIOS, EMPECEMOS YA.**

# ALMA ATA (20 años después) Granada, XI-98

## El Congreso Andaluz centró el Debate en la Aportación Enfermera al Desarrollo de la Atención Primaria

**Amparo Izquierdo Fernández.  
Concepción Martín Lerma.**

La idea de acudir a estas jornadas surgió porque el tema central era muy interesante y pensamos que una reflexión conjunta a este nivel podría, seguro, aportarnos mucho.

Allí encontramos una participación muy importante, con profesionales de enfermería de las diferentes Comunidades Autónomas, aportando cada uno su valiosa experiencia.

Además de la mesa redonda se llevaron a cabo de forma simultánea sesiones de comunicaciones en las que todas planteaban temas de nuestro quehacer diario y diferentes formas de abordarlos.

Llamaba la atención la alta motivación de todos los profesionales presentes, siendo conscientes del gran avance progresivo y constante del trabajo enfermero en A.P., pero también, del gran camino que todavía nos queda por recorrer.

Manteniendo, por supuesto, la educación sanitaria en la consulta de enfermería, la tendencia actual se inclina hacia el trabajo en grupos, consiguiendo así una mejor utilización

del tiempo, al tiempo que fomenta la figura de la enfermera/o como agente de salud.

Exceptuando la gran labor que el personal de A.P., sobre todo de enfermería, desarrolla en los domicilios según los programas de atención domiciliaria, faltan actividades enfermeras en el resto de la comunidad. Utilizando el gran reto de la Promoción de Salud, pilar básico de la reforma planteada en la conferencia de Alma-Ata, el Trabajo de salud hacia las personas de nuestra zona que por diversas circunstancias no acuden al centro y en especial de los grupos menos favorecidos, permitirían actuar sobre las desigualdades sociales.

También se constató el diferente grado de desarrollo de la A.P., y por lo tanto del papel enfermero en las diferentes Comunidades Autónomas.

Como apuntaba la comunicación de la Escuela de Enfermería de Cáceres "existe una importante evolución del papel enfermero, y al mismo tiempo, ausencia de una definición precisa de sus funciones". Esta paradoja, es la que, en general, dificulta o entorpece

el desarrollo de la enfermería comunitaria.

Se constata la necesidad de aumentar los recursos, tanto humanos como tecnológicos para poder ser capaces de asumir el reto COMUNITARIO que nos planteamos.

Siempre intentando avanzar, una necesidad sentida fue la de potenciar el uso de los registros enfermeros, como forma de evidenciar nuestros cuidados, facilitando así la investigación y ayudando de esta forma a construir disciplina.

También se hizo evidente la necesidad de implantación de la formación postgrado, tanto de las especialidades, en este caso enfermería comunitaria, como de Licenciatura y Doctorado en Enfermería.

### Retos:

- 1.- Aumentar la presencia del personal de enfermería en actividades de promoción de salud en el ámbito comunitario.
- 2.- Favorecer la investigación científica en la práctica diaria.
- 3.- Estimular la autonomía profesional, asumiendo las responsabilidades que legalmente nos competen.

## OTRAS PROFESIONES

### Enfermería constituye su Comisión Deontológica

#### REDACCION

El Consejo General de Colegios de Enfermería ha constituido su Comisión Deontológica central mediante un acto oficial celebrado en la sede de la institución, en Madrid. Este órgano, que en el caso de Los médicos ya existe desde hace años, complementa al Código Deontológico de Enferme-

ría, que se editó por primera vez en 1989 y del que se han realizado varias impresiones.

Los integrantes del nuevo órgano son: Cecilio Eserverri, teólogo que ha sido nombrado coordinador; Esperanza Rayón, profesora de la Universidad Complutense, de Madrid; Rafael Lletget, director de Enfermería de la Fundación Jiménez Díaz, en Madrid; Eulalia

López, enfermera jefe de la unidad Cuidados Paliativos del Hospital Gregorio Marañón, también de Madrid, y la enfermera Antonia Torrell.

Este panel de expertos se encargará de estudiar todos aquellos aspectos que le encargue el Consejo y emitirá dictámenes al respecto para que sirvan de orientación a todos los colegiados.

# LA COMPETICION DE REMO

**Juan-M. Izquierdo:**

Cuentan las crónicas, que en el año 95, se celebró una competición de remo entre dos equipos: uno compuesto por trabajadores del Sistema Andaluz de Salud y otro por sus colegas japoneses.

Se dio la salida y los remeros japoneses se empezaron a destacar desde el primer momento. Llegaron a la meta y el equipo andaluz lo hizo con una hora de retraso sobre los nipones.

De vuelta a casa, la Dirección Gerencia se reunió para analizar las causas de tan bochornosa actuación y llegaron a la siguiente conclusión:

"Se ha podido detectar que en el equipo japonés había un jefe de equipo y diez remeros, mientras que en el andaluz había un remero y diez Jefes de Servicio, por lo que para la próxima competición se tomarán las medidas adecuadas".

En el año 96, se dio de nuevo la salida y nuevamente el equipo japonés se empezó a distanciar desde la primera remada.

Los del SAS llegaron esta vez con dos horas de retraso sobre los nipones.

La dirección se volvió a reunir para hacer un nuevo análisis de la situación: "el equipo nipón continuando con su táctica conservadora, estaba compuesto nuevamente de un Jefe de Equipo y diez remeros, mientras que el SAS, esta vez reforzado por una delegación de altos cargos del INSALUD, optó por una más vanguardista organización de gestión privada con dineros públicos (pero con los mismos gestores) componiéndose la piragua de un Jefe de Servicio, dos Asesores, siete Jefes de Sección (tres de ellos del Insalud) y una

UDEF (Unidad De Esfuerzo Físico) osea: un remero.

Tras un minucioso análisis llegaron a la siguiente conclusión: Era necesario el fomentar la disponibilidad funcional y la competencia interna, así como el desligar las ganancias económicas del cada más caduco concepto del sueldo, fomentando un mayor rendimiento con la productividad variable.

En el año 97, como no podía ser menos, el equipo japonés se escapó nada más darse la salida. El bote del SAS reforzado esta vez por el Insalud, el Instituto Catalán de la Salud y el Servicio de Salud Gallego (que vino con gaiteros para animar), llegó con cuatro horas de retraso.

Tras la regata, y a fin de evaluar los resultados, se celebró una reunión del Consejo Interterritorial, llegando a la siguiente conclusión: "Este año el equipo nipón ha presentado la obsoleta formación de un Jefe de Equipo y diez remeros. Por parte del Estado Español (antigua España), y asesorado por una auditoría externa y el departamento de informática de la NASA (esto nos costó un huevo), optó por una formación mucho más flexible, y se compuso de un Jefe de Servicio (con dedicación exclusiva y plus de peligrosidad, tres Jefes de Sección (uno andaluz, uno catalán y uno gallego que se empeñaron en hablar cada uno en su lengua), un traductor, dos auditores de Arthur Andersen, y tres Representantes de los Sindicatos (que en medio de la regata se pelearon entre ellos).

Todos ellos ojo al único remero, que este año se había constituido como una Unidad Clínica Unipersonal, y al que previamente se había amonestado y quitado todos los complementos e incenti-

vos por el fracaso del año anterior."

Con vista al año que viene se ha hecho una consulta a la Escuela Andaluza de Salud Pública (cuna de todas las ideas de gestión) que tras varios meses de intenso estudio por parte de un equipo multidisciplinario dedicándole toda su atención aconsejan:

- 1.- Parece evidente que falta la figura de un Director General plenipotenciario, en la estructura de la canoa en cuestión.
- 2.- En ningún momento se realizaron los oportunos cursos de formación específicos en gestión de canoas para la estructura Directiva del bote.
- 3.- Probablemente existe una conspiración de los partidos de la oposición.
- 4.- El remero ha de ser indefectiblemente interino.
- 5.- Que el remero será de una contrata externa, toda vez que se ha observado que a partir del vigesimoquinto kilómetro del recorrido, se nota cierta dejadez en el remero de plantilla, con comentarios como "Que os vayan dando" o "Que venga y reme vuestra puta madre".
- 6.- Por último, sería oportuno el dotar de dos remos al remero.

*Este relato lo oí por primera vez en Andújar en boca de mis amigos Andrés y Rosa, después lo he visto en varios lugares, incluido internet, e incluso en alguna columna famosa.*

*La parte final se la fusilé por la cara a Rafa Peinado.*

# LA APORTACIÓN POR VALOR

"Somos nosotros, pero somos nosotros con otros"

*Teresa Arbues analiza la aplicación de los valores sanitarios en nuestra profesión y su repercusión sobre la información enfermera.*

Entre los valores sanitarios en alza destacó: los cambios tecnológicos; el aumento del grado de decisión y elección de los ciudadanos, así como una mayor participación de los mismos en las decisiones sobre la salud; los resultados; el uso eficiente de los RR en los sistemas de compra y de provisión de servicios sanitarios; y por último pero no menos importante, la búsqueda de la mejora continua.

Con el fin de concretar cuáles son los elementos que permiten explicar la forma en que vamos a aportar valor desde los registros y desde la Enfermería, hizo la presentación del "Decálogo de Tendencias en Europa". Se trata de un informe realizado en 1997 que recoge dichos elementos, comunes en todos los servicios europeos:

1. El uso de la información sobre la realidad sanitaria. Los cuidados de enfermería son una parte de provisión de servicios sanitarios y por tanto sería muy pobre desde nuestra profesión, interesarnos sólo por la información sanitaria relativa a ésta. En consecuencia, es necesario considerar, en la toma de decisiones diarias, el coste, qué tipo de servicios nos están contratando, cuáles son las políticas sanitarias del país, cuáles son las tendencias y políticas sanitarias de otros países, la información sobre la salud y sobre los procesos de los otros profesionales que trabajan con nosotros (médicos, trabajadores sociales, fisioterapeutas, gestores, políticos...)...

2. El aumento del grado de elección de los ciudadanos. Debemos hacer que de algún modo aparezcan los servicios de enfermería en el catálogo de servicios, con propuestas concretas. Además tenemos que mostrar cuál es nuestra contribución en función de los resultados que podamos obtener y darnos a conocer a la población utilizando instrumentos como el marketing.

3. Los sistemas de gestión de recursos. Será necesario definir bien

## **Hay que registrar para que avancen la profesión y los servicios sanitarios**

los recursos, monitorizar los resultados e innovar los sistemas de provisión de cuidados.

4. Corresponsabilidad de enfermería. La conseguiremos siendo negociadores y estrategas, sin perder nuestra esencia.

5. Los estándares de cuidados. Concretar y definir los estándares previamente para saber cuál es la aportación propia de la enfermería dentro del paquete global de cuidados.

6. La "arquitectura" o estructura de la información. Es necesaria la búsqueda de sistemas compatibles entre centros para comparar lo que hacemos, con otros. Así como Definir y concretar el tipo de información necesaria para el paciente eliminado la superflua. además, la información enfermera tiene que incorporarse en un sistema de información global. Nuestra información nos sirve

a nosotros y a otros, por tanto no tiene sentido una información compartimentalizada.

7. Integración de los registros. Pasa por integrar los registros propios de enfermería y después hacerlo en una red mucho más global para aumentar los conocimientos y poder saber el valor cierto de una intervención.

8. Enfermería basada en la evidencia. La provisión de servicios sanitarios basados en la evidencia.

9. Compartir la información. Supone registrar discriminadamente y además participar en redes profesionales que nos permitan evaluar e investigar, así como promover la utilización de los registros de enfermería.

10. La confidencialidad. Los sistemas de registros de enfermería han de asegurar, que la información que manejamos sobre los pacientes no esté al alcance de cualquiera, sino que tengan acceso sólo los que tengan que tenerlo.

A continuación propuso otras estrategias para añadir valor a la información sanitaria como el consenso de expertos, que debe permitir establecer los estándares de cuidados y definir la arquitectura de la información; la responsabilidad y los compromisos con los acuerdos; el rigor sistemático y la continuidad en los registros; la utilización de los sistemas de información en la toma de decisiones; y la ética en el uso de la información.

Creo firmemente no sólo en la aportación de la enfermería como profesión que es indiscutible sino en la profesionalización.

## AGORAS

Como en todas las reuniones científicas que la AEC viene celebrando, tienen cabida todos aquellos trabajos de investigación que los enfermeros expresan en forma de comunicaciones para la ocasión.

Sin embargo, en esta I Trobada que la vocalía de Valencia organizó, la presentación de los mismos fue algo diferente. Bajo el nombre de Ágora fueron presentadas las aportaciones aceptadas (las ágoras eran asambleas públicas que se celebraban en las plazas públicas en las ciuda-

des de la Antigua Grecia). Para ello, los autores debieron defender sus trabajos con los contertulios a pie de poster:

"Reflexión para el presente" Navarra.

"Yo registro, Tú registras, Él registra..." Navarra.

"Relación entre la ocupación del tiempo libre y el grado de autonomía funcional" León.

"Autonomía en nuestros ancianos" Valencia.

"El uso de los sistemas de registro en las consultas de enfermería de Atención Primaria. Sevilla

"El registro en la promoción de la salud: entre la realidad y la utopía". Sevilla

# "EL PROCESO DE COMUNICACIÓN EN LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE ENFERMERÍA"

D<sup>a</sup> Joana Fornés, Catedrática de Enfermería y Directora del Departamento de Enfermería de la Universitat de les Illes Balears, manifestaba en su conferencia que "la comunicación es el vehículo que habitualmente utilizamos en las interacciones sociales para obtener respuestas deseadas de los demás. Estas respuestas son esenciales en Enfermería para obtener información del individuo, construir registros enfermeros y en base a ellos diseñar planes de cuidados."

También destacó las características del buen comunicador y los tipos de comunicación existentes, afirmando que "entre el emisor y receptor debe existir habilidad comunicativa, es decir un tipo de habilidad social que además de facilitar las relaciones interpersonales tiene objetivos completamente definidos: transmitir conocimientos, comprensión, apoyo; obtener información; cambiar actitudes, creencias, comportamientos y supervisar las actividades de otros. Este tipo de habilidad es aprendida en las relaciones con los demás. Algunas de sus características esenciales para asegurar el éxito de la relación son: reconocimiento de la independencia del usuario; empatizar con el mismo; gratificatividad...;

Por otro lado, entre las actitudes que más favorecen el proceso de comunicación se encuentra al escucha activa. Es de gran utilidad en enfermería la información obtenida de las conductas no verbales ya que refleja sentimientos, estados de ánimo, preocupaciones y nivel de integración de la

persona. Datos todos ellos básicos que deberían quedar reflejados en nuestros registros.

En la profesión enfermera, la comunicación, junto con la observación y el registro son tres operaciones superpuestas durante su proceso de actuación pero ésta actuación nunca es neutral. Para conseguir que las relaciones que se establecen con el usuario sean terapéuticas, el proceso de comu-

***Uno de los principales objetivos de la enfermera para obtener información útil y elaborar una buena base de datos o registro debería dirigirse a mejorar el proceso de comunicación.***

nicación debe basarse en dos premisas fundamentales, saber escuchar y saber estar. Ambas incluyen todos los aspectos de la comunicación: verbal y no verbal.

En el curso de las entrevistas e intercambios profesionales que se realizan con los paciente existen numerosos elementos implícitos que la enfermera debe tener en cuenta para que se cumplan los objetivos que se pretenden. Estos elementos abarcan aspectos del paciente y de la enfermera pero además, en la dinámica de la relación debemos atender otros aspectos que faciliten su desarrollo y que eviten crear interferencias (estructuración del espacio...)."

También hizo referencia a una de las teóricas que más ha influido

en potenciar estos aspectos en el marco de la enfermería, H. Peplau. "La relación interpersonal que se establece a través de los procesos de comunicación enfermera-paciente constituye una de las funciones más características del rol de enfermería. La forma de comunicarnos con los pacientes constituyen una de las claves básicas para obtener los objetivos que pretendemos. Para lograr estos propósitos es necesario fomentar e incrementar la formación y el adiestramiento de los profesionales de enfermería en una serie de direcciones, por un lado hacia el conocimiento de instrumentos y la práctica de habilidades útiles en el proceso de comunicación, hacia el significado de las expresiones racionales y no racionales, hacia el valor de todos los subcontextos no verbales, y hacia el reconocimiento de la importancia del lenguaje hablado y escrito. Además es necesario educar y formar a la enfermera hacia el respeto, para reconocer y aceptar la independencia del otro, y la autoridad (para aplicar con rectitud y serenidad las decisiones encaminadas a lograr una mejora de la calidad de vida), así como la utilización de un lenguaje entre las enfermeras y el paciente, que responda a una claridad de conceptos y continuidad en el discurso. Todo ello, con el fin de garantizar la finalidad de las acciones enfermeras y hacer que su rol pueda describirse a través de programas e intervenciones útiles a la sociedad y que éste sea considerado un rol autónomo profesionalmente y cooperativo interprofesionalmente."

## LA CALIDAD DE LOS REGISTROS ENFERMEROS EN LA HISTORIA DE LA SALUD

**«La historia de salud se tiene que mantener de tal manera, que si de golpe todos los profesionales que atienden a un usuario, familia o comunidad, desapareciesen, el nuevo equipo disponga de toda la información necesaria para seguir la atención sin ningún problema»**

**Palmer**

La calidad de los registros enfermeros en la historia de salud

La mesa redonda era iniciada por Angela leal, enfermera del Centro de Salud de Oliva, que comenzó ofreciendo los fundamentos de la actual historia clínica (o Historia de Salud, en la Comunidad Valenciana), y expresando la necesidad de obtener registros de calidad: "el principal objetivo de la historia de salud se basa en mantener la continuidad de la asistencia con cada enfermo dentro de la organización considerada. Pero además debemos considerar que la calidad de las historias puede medirse por lo que son capaces de comunicar, y que de dicha capacidad, se deriva igualmente la eficacia del documento para el resto de sus usos. La historia de salud debe ser un documento que permita y exija al profesional describir las múltiples situaciones o vivencias por las que pasa el individuo y que son la guía de sus actuaciones. Una decisión, actuación o plan que no se pueda demostrar razonablemente con los datos existentes en la historia no puede tenerse en cuenta a la hora de evaluar tanto el hecho en sí como al propio registro".

La historia debe posibilitar el registro de lo que el paciente nos quiere contar y no de lo que nosotros queremos escuchar.

A continuación explicó la estructura y evolución de la historia de salud de la Comunidad Valenciana, puesta en marcha en 1991 tras un largo periodo de discusión y consenso de un grupo de profesionales que trabajaba en

Atención Primaria. Como la mayoría de los modelos de historia de este país, está basado en el registro orientado por problemas, introducido por L. Weed en 1969. El modelo actual, se encuentra en proceso de revisión y con dos propuestas muy diferentes: la del grupo creador de la misma, que hace explícita la necesidad de seguir un modelo determinado en la recogida de datos de necesidades básicas, así como su ampliación y la del apartado de dinámica familiar; y la de la administración que suprime los espacios dedicados a describir cómo vive el usuario, cómo se siente, cómo cubre sus necesidades, nº de los miembros que componen la unidad familiar...

Para finalizar propuso una serie de actividades, necesarias para mejorar la calidad de los registros:

- definir con qué modelo de cuidados vamos a trabajar para orientar la organización de los datos y de los propios recursos.

***La historia debe posibilitar el registro de lo que el paciente nos quiere contar y no de lo que nosotros queremos escuchar.***

- asumir un formato de valoración para evitar omisiones o duplicidades.

- enunciación del Diagnóstico Enfermero según formato PES o de C.Germán en la lista de problemas.

- reflejar el plan de cuidados en la

hoja de evolución con objetivos realistas.

No quiso despedirse sin afirmar que "A pesar de ser un mal momento para la enfermería no debemos menospreciar los logros conseguidos: el principal y para poder avanzar, es que la enfermera de base escribe y registra, y si esto se mantiene, nos llevará a hacerlo aún mejor".

Juan Ladios, enfermero del Centro de Salud de Torrent, nos habló de su experiencia a lo largo de su trayectoria profesional, en relación a la introducción del PAE y de los diagnósticos enfermeros en los registros. Tras expresar las ventajas de utilización del PAE en la práctica diaria, consideró la necesidad de tener una muy buena preparación por parte del profesional para estos métodos de registro (diagnóstico de enfermería). Para conseguirlo, nos propone la creación de talleres de aplicación práctica a grupos reducidos con motivación, así como el seguimiento de etiquetaje diagnóstico, adaptado a la enfermería española, con una corrección lingüística y adaptación al medio donde se aplique.

Muy interesante resultó, la presentación de los resultados del proyecto de la Red Centinela de Valencia. Esta red, dedicada a la vigilancia epidemiológica es una de las 4 existentes en España, y ha sido una de las pioneras al incluir la aparición y análisis de categorías diagnósticas enfermeras en el mismo.

El Director de Enfermería del



área 17, José Ramón Martínez Riera intervino en esta mesa con un análisis de la realidad teórica de lo que es el registro de enfermería en la historia de salud, para continuar con una reflexión de lo que está sucediendo en la práctica y lo que podría ser con el soporte actual.

Para ello, mostró la auditoría realizada en la Comunidad Valenciana, en la que se puede observar cómo enfermería registra sólo en un 56'48% de las historias (teniendo en cuenta que las auditorías se hacen de una selección aleatoria del total de historias de los centros y no todas las historias son de usuarios que han pasado por la consulta enfermera). Además hay datos que prácticamente no se registran y sobre los que enfermería tiene un peso específico muy importante como son la actividad laboral, estudios, estructura familiar, datos socioeconómicos, caracterización psicológica y características de la vivienda, siendo la falta de tiempo una de las razones aducidas para no llevarlo a cabo. Sin embargo, la información que tenemos que registrar es fundamental, por lo que tendremos que administrar el tiempo para poderlo hacer. Al evaluar no sólo hay que medir cuánto se registra sino también considerar la calidad del todo ello.

La historia debe permitir el registro de datos del individuo, familia, comunidad.

"La historia de salud actual tiene la gran ventaja de permitir registrar datos no sólo del individuo (necesidades básicas, estilos de vida...) sino también de la familia: la estructura familiar, la interrelación que existe entre éstos dentro del núcleo familiar como pieza básica de atención de enfermería. Para poder adaptarse a las necesidades de la población enfermería no se puede olvidar que estos individuos y familias viven en

una comunidad a la cual nosotros estamos atendiendo y los objetivos que los individuos, familias y comunidad tiene no son iguales en todas partes. Para ello será preciso conocer los datos demográficos, recursos existentes..., imprescindible todo ello para poder prestar los cuidados, ya que deberemos establecer cuáles son las redes que nos pueden permitir coordinar los cuidados que vamos a prestar. Otro problema resulta el hecho de que sólo prestamos atención a un reducido número de personas que no necesariamente

***Al evaluar no solo hay que medir cuánto se registra sino también considerar la calidad del todo ello.***

***La historia debe permitir el registro de datos del individuo, familia, comunidad.***

son las que más cuidados necesitan, existiendo un gran número de población a la que deberíamos atender y prestar cuidados y que no conocemos.

Además debemos ser capaces de establecer la interrelación necesaria entre Atención Primaria y Atención Especializada y esto también se puede conseguir a través de registros como el informe de Enfermería al alta y al ingreso".

Isabel García, enfermera del CS de Erritxabaleta aportó la visión que se tiene desde una zona básica de la Comunidad Autónoma Vasca.

El mejor indicador de calidad que existe es usar la historia

"Registrar no sólo es anotar, también implica constancia, responsabilidad y voluntad en el seguimiento del mismo. Pero además, la Primaria tiene unas connotaciones tan diferentes a otro medio sanitario que los registros

no pueden ser iguales: así, la atención prestada es de forma intermitente, atendemos a personas enfermas pero también a sanas, se definen episodios que muchas veces son difusos, existe un grado importante de intimidad entre el usuario y el profesional (lo que conlleva un grado de comunicación muy especial), el usuario tiene una parte de decisión muy importante, la atención se desarrolla en muchísimos entornos, y además los registros no están unificados. Por todo ello, los registros deben adaptarse a las características propias del trabajo y tener unas características concretas. Deben ser globalizadores, permitir detectar riesgos y problemas, garantizar que la prestación sea de calidad, que se puedan analizar los procesos dentro de los cuidados de enfermería, que velen sobre los derechos de los pacientes, que sirvan para evaluar los resultados y el nivel de la calidad de esos cuidados y que dejen constancia de la aportación de enfermería en el proceso salud-enfermedad. Todo esto no es más que lo que la Fundación Europea de Gestión de Calidad viene afirmando desde hace 7 años.

La calidad de la información que se genera a partir de los datos que registremos depende de la calidad de los datos que registremos. Registrar significa también evaluar, lo que hacemos semestral o anualmente, según unos estándares prefijados".

En la Comunidad Autónoma Vasca tienen informatizados la historia clínica y todos los registros existentes, incluidos los diagnósticos de la NANDA y de la CIA (clasificación de procesos o razones de consulta). Ahora bien con el fin de simplificar el registro y que éste sea útil a todos no existe ninguna hoja específica de enfermería y no utilizan ningún modelo a la hora de valorar al individuo.

***El mejor indicador de calidad que existe es usar la historia.***

# "INFORMATIZACIÓN DE LOS REGISTROS ENFERMEROS"

Modera Jorge Mínguez. Vocal de la Asociación de Enfermería Comunitaria de La Rioja.

Gonzalo Duarte, enfermero de los servicios centrales del Servicio Canario de Salud, iniciaba su exposición reflexionando sobre la situación actual de los registros enfermeros en Canarias: "Como registros básicos contamos con la Historia clínica, registros de actividad diaria de consulta y un montón de registros dispersos que tienen un tratamiento desigual y heterogéneo en cada centro de salud".

A continuación pasó a explicar en qué nivel de informatización de registros se encuentran. Así por ejemplo, en la isla de Tenerife todas las consultas enfermeras tienen agendas diarias informatizadas. Los indicadores que se pueden obtener a partir de ese registro diario, son entre otros: la actividad diaria de consulta, los tiempos, si tiene o no historia el usuario, en qué tipo de programas de salud está incluido, el cumplimiento de la cita y la fecha de la última visita. Como resultados de todo ello se ha podido obtener el porcentaje de personas que acuden en un año a las consultas. Los problemas que han surgido como consecuencia de la implantación de la agenda informatizada han sido de tipo organizativo, como la negación de los administrativos a introducir los datos y, la no disponibilidad de terminales en todas las consultas.

Además, en Tenerife se está trabajando con el proyecto CRONOS (entorno Windows 95), un programa específico para la gestión de la historia clínica y de la gestión de las actividades diarias. Sin embargo, en Gran Canaria se está utilizando una versión del programa OMI con

características similares al del proyecto CRONOS.

Por otro lado existen 3 centros pilotos de la isla de Tenerife en los que la cita previa telefónica está centralizada con un único nº de teléfono. Funciona desde las 8 a las 20 horas e incluye también la cita para la enfermera

Respecto a cuáles podrían ser las principales estrategias de desarrollo en la enfermería comunitaria explicó los principales resultados del proyecto que coordina. "Tras un proceso de análisis donde se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica exhaustiva y se han establecido grupos de discusión homogéneos en todos los niveles de la atención primaria, se ha podido extraer ya algunas conclusiones de todo ello como el hecho de que los registros y los indicadores son inadecuados en el caso de la enfermería por lo que hay que trabajar de nuevo en ello. También hemos observado que dentro del proceso de cuidar se pueden establecer indicadores a distintos niveles: a nivel de identificación de problemas estamos trabajando en la estandarización de valoraciones y clasificaciones diagnósticas; a nivel de intervenciones terapéuticas, hemos encontrado con la necesidad de catalogar todas las intervenciones de enfermería en Atención Primaria; y a nivel de evaluación tenemos una gran discusión sobre los indicadores de resultado.

En cuanto al registro de la actividad diaria, debería estar basado en las principales áreas de servicio que estamos ofertando o que deberíamos ofertar: el área de consulta (niño, adulto, sano, enfermo), el de las técnicas sanitarias (diagnóstico y terapéutico), los domicilios, y el trabajo grupal. A partir de

aquí deberían extraerse indicadores de resultado centrados en las necesidades del



usuario: indicadores de proceso, como las actuales normas técnicas mínimas o las intervenciones que realiza la enfermera en consulta, e indicadores de resultado con el problema de identificación de los problemas resueltos, los cuáles son la base para la investigación. Sin embargo hay que indicar que existen problemas a la hora de registrar las actividades organizativas o no asistenciales y que se llevan un tiempo. Para ampliar información: [www.scs.rcanaria.es/aprimaria](http://www.scs.rcanaria.es/aprimaria).

Luis Ángel Gallo, Director de Enfermería en Euskadi, explicó el sistema informático que funciona en la Comunidad Autónoma Vasca y cómo afecta éste a la enfermería.

En el año 93 comenzaron a trabajar con 2 dos programas informatizados: el HIPOCRATES basado en la historia clínica e incrustado en el mundo rural, utilizado por un 2% de los profesionales y que además no funciona en red. Por otro lado, y desde hace 5 años, se utiliza el programa OMI-APE, que tiene un profundo desarrollo en la CAV. OMI tiene tres bloques: a uno entra exclusivamente el administrativo (como el apartado de tarjeta sanitaria), a otro la enfermera, y a otro el médico. A nivel de zona básica de salud existe también "un master" que es el que puede hacer modificaciones del programa.

Este programa ofrece por un lado la agenda, que ha sido el valor más importante de la enfermería en los últimos 5 años. Permite citar

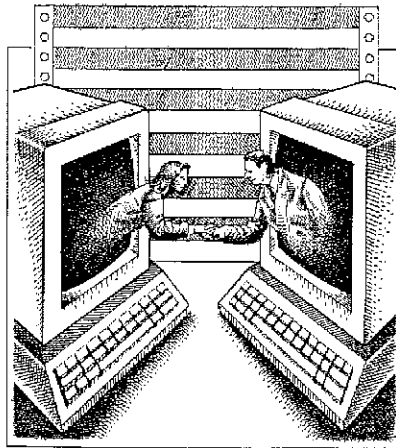
por el área administrativa y por los propios compañeros.

Por otro lado, y en cuanto al registro de actividades, debe hacerse en base al contrato-programa, clave de la relación de las Unidades de Atención Primaria con las Direcciones de Comarca y con la Agencia Territorial de Contratación, ya que deben especificarse los servicios o actividades ofertadas.

Vicente Alberola, enfermero del C.S. de Benigánim, presentó lo que supone desde la práctica diaria trabajar en un centro informatizado. El programa utilizado en este centro de la Comunidad Valenciana es el SIAP-WIN. Éste presenta de manera informatizada una agenda y la historia de salud. En esta última, los diagnósticos enfermeros sólo se pueden incluir en un apartado de texto, y no en la lista de problemas, ya que la compañía que diseñó este sistema no contó con los enfermeros para decidir qué items incorporar. También incluye unos protocolos que ellos mismos han confeccionado donde se indican todas las actividades a realizar en cada uno. Además contiene el SIE y SIGAP, para poder registrar la actividad en consulta, en domicilio, y en la comunidad, así como la generada por el resto de pueblos de la zona básica. El problema es cómo contabilizar los tiempos.

En cada consulta existe un ordenador, aunque no existen terminales en el resto de pueblos de la zona básica. Cada profesional tiene una clave secreta de acceso al sistema. También cuentan con "el administrador del sistema" que es el responsable de todo el sistema informático.

Gaspar Sánchez, enfermero en la Unidad de Programas del área 4 del SVS, mostró los soportes informáticos que de una forma u otra está oficializados a través del SVS. Su exposición se centró sobre todo en la informatización de los registros enfermeros en Atención Primaria. "El Sistema de Informatización para la Gestión en Atención Primaria, SIGAP, es el encargado de proporcionar los indicadores de actividad



de todos los centros de salud.

En él se integran otros 3 programas: el SIGCEN, que representa lo que es la actividad de todos los profesionales. En él se incluyen una serie de módulos que permiten todos los códigos de los centros, de profesionales y de los programas de que dispone, como por ejemplo el Sistema de Información Enfermera. El SIE presenta el tipo de actividad que la enfermera realiza: consulta enfermera, actividad común o trabajo en la comunidad, así como todas aquellas actividades que son de declaración obligatoria (nº de cuidados, no presentados, tipo de consultas, nº de reuniones, derivaciones actividades de EPS.).

El segundo de los programas es el SIGRB, que es una informatización parcial de los registros básicos de la historia de salud, teniendo como base la de usuarios: usuarios; problemas de salud que están codificados por la Wonca y la Nanda; y programas de salud así como los profesionales que van a intervenir.

El tercer programa incluido es el SIAP-WIN que no es más que la informatización integral de un centro de salud y que contempla todos los aspectos tanto de consulta como de actividad".

Miguel Collado, enfermero del C.S. Federico del Castillo, (centro piloto informatizado junto con otros 3 iniciaba su exposición presentando el proyecto de Tarjeta de Afiliación a la Seguridad Social: TAS.

Similar a la de otras comunidades se distingue por llevar incorpo-

rada un microchip. Éste permite la inclusión de datos de afiliación, de salud (excepto la lista de problemas de salud por problemas legales) y datos del INEM. Esta tarjeta se individualiza digitalizando la huella de tal manera que no se puedan falsificar los datos y por tanto sirve para cualquier tipo de trámite. Desde el momento que alguien nace se le asigna ya el número de afiliación. La Tesorería General del Estado es quien paga el proyecto, pero además están implicados el INEM, la Marina, la Seguridad Social y el Servicio Andaluz de Salud.

Por otro lado, el Servicio Andaluz de Salud viene desarrollando desde hace unos 6 años la historia informatizada. La historia informatizada está basada en la que existía en papel, historia orientada por problemas, siendo exactamente igual a ella. La lista de problemas permite registrar diagnósticos médicos, de enfermería (siguiendo el Modelo de Autocuidados de C. Germán), del trabajador social, objetivos importantes... En la hoja de seguimiento o evolución se anotan entre otros, los motivos de consulta, los cuáles se espera incorporar por catálogo de actividades. La hoja de valoración actual presenta las necesidades básicas humanas codificadas y permite valorar no sólo al crónico sino al cliente en general. Es utilizada por todos los miembros del equipo, por lo que no hay ningún tipo de registro que sea específico o exclusivo de un profesional salvo por el parte de baja o las recetas. El 99% de los enfermeros utiliza habitualmente el registro anotando todo lo que es esencial.

El sistema informático ha supuesto un cambio organizativo como la informatización de la agenda (con cita previa para cualquier actividad), la desaparición de las fichas de crónicos... Ha facilitado la unificación de registro en el centro, la explotación de los datos para determinar la actividad del profesional y además asegura bastante más la legalidad sobre el registro público, ya que pasadas 24 horas no se puede borrar lo escrito en la hoja de seguimiento (o de evolución según la Comunidad Autónoma).

## "" ASPECTOS LEGALES Y ETICOS DE LOS REGISTROS ENFERMEROS ""

El abogado J. Ramón Juaniz, inauguraba esta mesa redonda ofreciéndonos su visión de los registros desde el punto de vista legal. Comenzó por hacer un repaso de la situación actual en la que se encuentran los registros, manifestando que "en el ámbito de la actividad sanitario-asistencial se registra poco y casi siempre de forma ilegible sin que además el profesional que registre se identifique normalmente más que a través de una simple firma que suele ser también ininteligible. La consecuencia es evidente: en la mayor parte de los casos, y al margen de la también deficiente calidad estructural de concepción o sistemática de la historia clínica, tales documentos sirven para muy poco, no sólo para el propio enfermo, titular y propietario de la información que genera el acto asistencial, sino incluso también en manos de jueces, abogados o de otros profesionales sanitarios.

Existen 3 importantes razones que generan esta casi patológica reacción del profesional sanitario ante el requerimiento del registro y en especial de las enfermeras y enfermeros:

-Falta de una cultura profesional de la documentación o registro en el campo sanitario cuya primera causa hay que buscar en los planes de estudios de las titulaciones académicas. Al mismo tiempo resulta evidente la realidad de una praxis asistencial científicamente poco rigurosa y poco respetuosa con el derecho de información de todo paciente. En muchos casos la propia estructura de los servicios, la desorganización o infradotación de los mismos, e incluso la ausencia de una voluntad política de mejora de estos, especialmente en el sector público, son elementos que también condicionan una praxis estresante y casi de campaña en muchos casos en la que el registro se convierte en algo utópico.

-Existe una concepción casi patriomonal de la historia clínica por parte del médico que propicia la ausencia general, que no total, de registros de otros profesionales sanitarios, especialmente de enfermería y que avala la creencia generalizada de que sólo es el médico el que escribe y debe escribir en la historia, constituyendo casi una osadía que una enfermera se atreva a estampar sus conocimientos y su firma junto a la de otros profesionales de alta alcurnia.

-El miedo a escribir, a registrar, a comprometerse con el derecho de enfer-

mo a una información rigurosa de la actividad sanitaria integral que le afecta, aborrece una praxis asistencial acomodaticia a los usos y modos del "laissez faire, laissez passer": lo que no se escribe no consta, se ignora y es muy difícil de demostrar, y así hasta que un buen día ocurre lo que ocurre, y entonces surge el corporativismo mal entendido y las complicidades silenciosas.

-Salvo generosas excepciones, en nuestra sanidad, el paciente no sólo es tributario de su propia patología especí-

***Ni todo lo legal es ético,  
ni todo lo ético es legal.***

fica sino que también sufre el síndrome asociado de la falta de información, o si prefiere de la información intimidatoria o defensiva de un profesional sanitario que ve en el enfermo más un enemigo frente al que hay que protegerse que un ser humano dotado de dignidad y sujeto de derechos al que hay que ayudar hasta el límite del conocimiento profesional y de la exigencia ética. Y puede que todos tengamos algo de culpa en esta situación".

El profesional que duda y razona es el mejor profesional y el registro debe ser el resultado de ese razonamiento. Y es que lo importante no es lo que se pone en el documento sino por qué se pone.

A continuación hizo referencia a las disposiciones legales específicas existentes como la Ley General de Sanidad de 1986 que sólo contempla de forma genérica y no instrumental el reconocimiento de esa relación derecho-deber que genera la atención profesional sanitario-enfermo. Se reconoce el derecho pero no se articula su garantía. Por su parte el Estatuto de Personal Sanitario de 1973 se limita a señalar como obligación general de enfermeras en relación con los registros: cumplimentar y dar curso a los documentos oficiales que se deriven del trabajo realizado, tramitándolos con arreglo a las instrucciones que se reciban. Es decir queda prácticamente todo al arbitrio o al criterio de la capacidad de gestión de cada centro sanitario e incluso de cada servicio y a la capacidad de iniciativa que tengan los directivos o el personal de cada centro.

Hay que registrar pero no concebir la actividad documental defensivamente.

El registro no es una garantía de defensa: lo que no está escrito es difícil de demostrar pero puede existir.

"El análisis del tema objeto de esta mesa de trabajo exige partir de una doble premisa: la primera la constituye el hecho incuestionable de que la información sanitaria o de salud que genera una persona sana o enferma, es propiedad de la misma, configurándose su protección, defensa y garantía como un verdadero derecho subjetivo susceptible de amparo jurisdiccional. Y sin que ese derecho pueda tener más limitaciones que los que el propio individuo o sus allegados más íntimos quieran establecer. A favor de esta tesis podemos encontrar argumentos en el propio reconocimiento legal de este derecho que consagra la Ley Orgánica del Tratamiento de los Datos Automatizados. En ella se explicitan los siguientes derechos:

-Derecho a la autodeterminación informativa.

-Derecho a conocer donde se almacenan los datos y quien los posee.

-Derecho a acceder a la información propia.

-Derecho a impedir el uso de los datos sanitarios por terceras personas.

Esto nos lleva necesariamente a vincular la protección del derecho a la información con el reconocimiento y garantía del derecho a la intimidad y a la consiguiente confidencialidad. Cuando en la práctica del acto sanitario confluyen la respuesta científica y la atención humanitaria del profesional sanitario con la demanda de atención confiada del enfermo nace espontáneamente, sin hojas, firmas... el consentimiento informado. Propiciándose un contexto en el que el profesional EXCELENTE, no sólo no temerá al enfermo sino que logrará que éste sea su mejor aliado en el objetivo de propiciar su defensa de su salud, lo que constituye la razón esencial del ejercicio de la profesión sanitaria.

Para finalizar acabó por afirmar que "Ante el panorama desolador existente, la única esperanza que cabe es profundizar en la democracia y caminar hacia una sociedad avanzada por la senda de la solidaridad y en ello debéis luchar contra una concepción de vuestra profesión que os ha considerado como meros ayudantes técnicos del profesional estrella del equipo de salud. Debéis reivindicar vuestra autonomía profesional en el contex-

***Si las enfermeras no registramos nuestras actuaciones, es imposible constatar qué es aquello imprescindible y específico que aportamos a la atención de la salud de las personas.***

to del equipo sanitario siempre huyendo de planteamientos corporativistas porque vuestra profesión define y representa la esencia de la actividad sanitaria asistencial: la lucha contra la enfermedad y en ese objetivo es esencial que perdáis el miedo a escribir, a registrar vuestra actividad sanitaria y que asumáis el hábito y la costumbre de documentar vuestro trabajo. Y aquí está casi todo por hacer. Es necesario llegar a la universalización del uso de la historia, en la que se recoja y refleje la intervención de los diferentes profesionales de salud debiendo definirse entre todos qué datos deben quedar reflejados y qué profesional debe registrarlos.

A pesar de lo dicho aquí y comprendiendo el sentido de la frase que enmarca el programa, NO creo que la enfermería sea invisible ni que vuestro valor e importancia queden sin reconocimiento en ausencia del registro formal de vuestra actividad: "siempre he pensado que una palabra de afecto, una caricia oportuna, y una respuesta profesional eficaz frente al dolor es el mejor registro que el enfermo se lleva en su memoria".

Hay que concebir el registro como medidor de la ética y la excelencia profesional, pensando en el enfermo, en sus derechos, en lo que a él le interesa.

Las profesoras de la EUE de la Universitat de Valencia, Isabel Leal y Amparo Benavent, fueron las encargadas de reflexionar sobre los aspectos éticos en los registros enfermeros. Para ello partieron de la consideración de 3 derechos que centran los problemas que pueden surgir en el ámbito de los registros: el derecho a la intimidad, confidencialidad y el secreto profesional.

"La actuación del profesional de enfermería no solo está sujeta a valores y principios profesionales sino también a los de las personas a las que cuida y a los suyos propios, que condicionan un infinito número de respuestas posibles.

Ni todo lo legal es ético, ni todo lo ético es legal.

El secreto profesional, alude más a la exigencia ética del profesional de salud, y resulta ser el compromiso, promesa o pacto tácito de no divulgar lo conocido durante el desempeño de una profesión. El tema está realmente dificultado por que estos datos forman parte de una historia que puede ser accesible a un importante número de personas a pesar de estar custodiadas, y además por la incorporación del recurso informático a la praxis sanitaria. Es importante subrayar que el profesional de salud es depositario de secretos muy íntimos y muy guardados del ser humano que exigen una respuesta de atención y respeto hacia sí mismo y que obligan al secreto. El registro de esa información y su utilización ponen en peligro ese respeto a la dignidad humana que nos obliga a guardar el secreto profesional puede atentar contra el derecho a la intimidad. En la actualidad y debido al paradigma dominante queda en manos de la enfermera el tener que tomar de manera personal la decisión de revelar el secreto, avalado por los artículos 21 y 22 del código deontológico.

"La confidencialidad, subraya más el aspecto de la intimidad del sujeto, conocida a través de la actividad sanitaria y entendida como protección de comunicaciones entre personas que se dan en ciertas relaciones especiales".

Si las enfermeras no registramos nuestras actuaciones, es imposible constatar qué es aquello imprescindible y específico que aportamos a la atención de la salud de las personas.

A continuación estos dos principios fueron contrastados con otros que emanan de los valores sobre los que se desarrolla la ética profesional enfermera como el respeto a la dignidad humana sin prejuicios, la defensa de la intimidad, y la aceptación de la responsabilidad propia sobre las actuaciones y centrando su aportación en base a tres principios éticos del ejercicio profesional:

- la responsabilidad moral que tenemos las enfermeras de proteger a los pacientes de prácticas ilegales, incompetentes o deshonestas.

- la responsabilidad moral que tenemos de contribuir al desarrollo y enriquecimiento del cuerpo de conocimientos específico de la enfermería. La enfer-

mería, como disciplina profesional, se desarrollará siempre en base a la existencia de documentos a través de los cuáles los profesionales dejemos constancia de todas las actividades que llevemos a cabo en el proceso de cuidados. Sólo a través del registro de todo aquello que la enfermera realiza, podemos transformar el conocimiento común sobre los cuidados, en conocimiento científico y contribuir con ello al desarrollo disciplinar y profesional, art.72 y 58 del código deontológico.

- la responsabilidad que tenemos sobre nuestra propia competencia. El registro puede dar una cobertura legal a nuestras actuaciones profesionales pero además nos permite mostrar al resto del equipo y a la sociedad en general que la acción cuidadora la desarrollamos a través de la autonomía de la profesión.

Su exposición concluyó en una declaración en la que afirmaban la necesidad de considerar que "La exigencia ética de humanizar la relación con el enfermo constituye un reto para los profesionales de salud y en especial para el personal de enfermería. Las confidencias hechas lo han sido en virtud nuestra condición profesional y con fines curativos y por tanto han de ser inviolables para poder salvaguardar los derechos humanos".

Francis Soler, enfermera de un Centro de Salud de Valencia mostró la problemática relacionada con los registros en la práctica diaria. Realizó un análisis de la evolución de los registros desde la formación teórica hasta la práctica en APS. "Las dificultades que encontramos ante la ausencia o falta de rigor en los registros se debe en muchas ocasiones a la prisa, la rutina, improvisación... influenciados a su vez por varios factores, como los educativos: formación en cuanto a conocimientos y habilidades par aplicar el PAE o cualquier otro método de trabajo.

Entre los factores de la profesión, encontramos que, las enfermeras todavía no diferenciamos claramente cuáles son los cuidados propios a aplicar, de los derivados de las órdenes médicas. También existe una gran variedad de práctica profesional, por lo que es difícil unificar criterios, además de la rutina que se produce dentro de la consulta enfermera al seguir protocolos médicos y no establecer un plan de cuidados propio. sin olvidar la masificación de las consultas enfermeras que apenas deja tiempo para registrar, y hacerlo con rigor y método.

Factores de organización y gestión: actualmente no se está favoreciendo desde la administración el hecho de que las enfermeras establezcamos, apliquemos y desarrollemos planes de cuidados propios, ya que la formación continuada no es demasiado accesible ni incluye

***Registrar correctamente es nuestra garantía de ser unos buenos profesionales***

estos temas. Por otra parte las plantillas de enfermería con que se dota los centros de salud cada día se ven más reducidas. Una mayor sensibilidad por parte de las direcciones de enfermería hacia la aportación propia que hace enfermería en el cuidado y fomento de la salud, contribuiría sin duda a aumentar la calidad de nuestros registros ya que nos sentiríamos respaldados y se potenciaría nuestra profesión.

Estos obstáculos no son insalvables: enfermería puede y debe demostrarlo dando por ejemplo otro sentido a las consultas de enfermería: ofreciendo a las personas otras alternativas menos medicalizadas como talleres, grupo de autoa-

yuda... que fomenten el autocuidado y aprovechamiento de los recursos de cada uno".

Juan José Tirado, Presidente del Colegio de Enfermería de Valencia expresaba "la necesidad de demostrar que un registro para enfermería es una de sus obligaciones y una de sus competencias. Pero para que un registro sea útil es necesario garantizar su utilidad. Un registro no debe convertirse en un fin por sí mismo, para ello debemos cuestionarnos con sentido crítico la utilidad de cada documento que nos obligamos a registrar. Los términos en que se determina la utilidad de un registro se fija en la finalidad real o potencial que se le atribuye. Por ello los

registros deben servir para informar, evaluar, investigar y confirmar la calidad de los cuidados, al tiempo que permitan ser nuestra mejor garantía de defensa ante las contingencias legales que se pueden producir en el acto del cuidado. Para todo ello será necesario mantener en todo momento una ética en cuanto a la información incluida en los registros y la custodia de los mismos. Así pues, es necesario un protocolo que unifique un criterio en cuanto a los registros, el más interesante de todos ellos, que define como debe ser el acto de registrar es el OPCO (objetivo, preciso, completo y oportuno). Un registro bueno se defiende por sí solo y al autor del mismo.

## ¿QUÉ INDICADORES REFLEJAN LA ACTIVIDAD ENFERMERA?

*"En la actualidad, el registro que la administración nos concede, permite sólo la oportunidad de recoger indicadores que hacen referencia principalmente a actividades delegadas de la vertiente dependiente de la enfermería (técnicas), sin a penas espacio para la inclusión de aquellos otros que reflejan la actividad independiente."*

Tal y como ya se iniciara en la I Reunión de Invierno, y con el objetivo de debatir y fomentar la participación en temas de actualidad, se llevó a cabo con todos los asistentes una tormenta de ideas para definir un punto de partida respecto a los registros de actividad.

Así pues, los asistentes a la I Trobada de la AEC-Valencia declaran que los indicadores que reflejan la actividad diaria enfermera son, entre otros:

- Porcentaje de registro de actividad de enfermería en la historia de salud.
- Avance y mejoría de la calidad en los registros enfermeros.
- Frecuencia de utilización del PAE.
- Nº de planes de cuidados registrados y evaluados en la historia.
- Nº de altas hospitalarias que llega a enfermería en Atención Primaria.
- Formación continuada y tiempo de reuniones.
- Trabajos presentados en congresos.
- Grado de salud de una comunidad.
- Nivel de conocimiento de la sociedad (para evitar factores de riesgo y promover hábitos de vida saludables).

- Nº de reuniones con representantes de la comunidad.
- Tiempo de preparación de actividades en la comunidad y trabajo administrativo.
- Opinión que la sociedad tiene de la profesión enfermera.
- Grado de satisfacción del usuario.
- Reconocimiento profesional en el sistema sanitario.
- Grado de satisfacción del personal de enfermería respecto al trabajo que realiza en el centro de salud.
- Cambios de cultura sanitaria dentro de la población en general.
- Nivel de vacunación de la comunidad.
- Tipo de programa en el que se incluye al usuario.
- Uso generalizado del registro de una escala de valoración de autonomía, en todos los pacientes inmovilizado.
- Relación entre pacientes incapacitados y los que reciben atención domiciliaria de entre ellos.
- Mejoría del nivel de autocontrol en pacientes crónicos gracias a la educación sanitaria.
- Nivel de captación en la población de pacientes crónicos.

- Mejoría objetivable de la calidad de vida en pacientes crónicos y en pacientes en fase terminal.
- Porcentaje de úlceras por presión en pacientes encamados.
- Tiempo de las actividades comunes.
- Nº de técnicas diarias.
- Porcentaje de utilización de material desechable.
- Separar dentro de la consulta enfermera lo que son 1ª visitas, de las sucesivas, y también separar lo que son visitas individuales de las realizadas a grupos familiares.

Además, las enfermeras y enfermeros participantes, manifestaron su deseo de que quede reflejado, en los registros de actividad, no sólo la cantidad de lo que hacemos, sino también la calidad, utilizando para ello indicadores de captación, de resultados... Así como la necesidad de pedir a los poderes públicos que se nos faciliten recursos para poder expresar todo esto.

Tras la enumeración de los posibles indicadores, se llegó a la conclusión de la necesidad de formar un grupo de trabajo que revise los actuales registros de actividad enfermera.

# CONCLUSIONES DE LA I TROBADA d'INFERMERIA COMUNITÀRIA

1. Es necesaria la formación de un grupo de trabajo para revisar los actuales registros de actividad de enfermería.
2. Hay que pedir a los poderes públicos que se nos faciliten recursos para poder marcar todas aquellas actividades que son parte fundamentales de la enfermería en los registros de actividad
3. Debemos codificar las actividades
4. Establecer sistemas de evaluación y acabar con ciclos de mejora para que la finalidad sea en beneficio de nuestra profesión
5. Es fundamental utilizar la historia como herramienta de trabajo
6. Hay que crear talleres de aplicación práctica sobre PAE.
7. Se debe hacer un seguimiento del etiquetaje diagnóstico adaptado a la enfermería española con una corrección lingüística y adaptación al medio donde se aplique
8. Propuesta de un foro donde se realice un informe sobre las actuales modificaciones que se pretenden realizar en la historia de salud de la Comunidad Valenciana
9. Debemos trabajar teniendo en cuenta que nuestros clientes como individuos tienen capacidad de decisión en AP y que además éstos están englobados en una familia, comunidad...
10. Debemos compartir la información
11. Hay que concebir el registro como medidor de la ética y la excelencia profesional, pensando en el enfermo, en sus derechos, en lo que a él le interesa.

***"Ya no llevamos lámparas de un paciente a otro,  
pero seguimos siendo los portadores  
de una tradición de profesionales solícitos y competentes.  
...Como enfermeras, somos una parte vital de nuestra sociedad.  
Siempre hemos estado ahí,  
a veces explotadas, ignoradas o subvaloradas,  
pero siempre hemos marcado una diferencia.  
Asegurémonos de que sea una diferencia positiva."***

***Mona Hull.***

# El Futuro de la Sanidad Pública

**Eire-Galdón**

El exconsejero de sanidad del País Vasco, José Manuel Freire, compartió con los asistentes a la conferencia organizada por ACDESA, sus reflexiones sobre política sanitaria.

Tras realizar un análisis de la situación actual del sistema sanitario público, describió el escenario en el que la sanidad debe desarrollarse en el futuro. "Debe estar basada en los principios de solidaridad, equidad y justicia social. De ello se derivan una serie de objetivos necesarios en la construcción de un sistema sanitario:

1. Política de salud eficaz que coloque a España entre los países más saludables del mundo. Esto supone la renovación de la salud pública, para lo cual habrá que tener en cuenta los principios mencionados con anterioridad. Y es que la salud tiene mucho más que ver con las soluciones socioeconómicas que con los servicios sanitarios. Por tanto, la salud es un tema de política pública intersectorial y debido a ello creemos que la única manera de mejorar la salud de todos es dismi-

nuyendo las desigualdades. Así está ocurriendo en países como Suecia, Holanda, que presentan comisiones en sus parlamentos dedicadas a las desigualdades en salud. También es necesario diseñar estrategias de salud y realizar análisis del impacto en salud de las decisiones políticas públicas, cosa que ya se está llevando en países como Canadá, Suecia...

**"La gente apoyará la sanidad pública por buena pero no por pública"**

2. Nuestro país necesita un estado de bienestar que responda a las necesidades de la gente, para lo cual será necesario construir una red de servicios sociales universalizados y una Ley de Servicios Sociales que cambie este panorama.

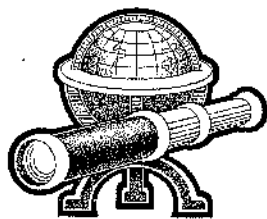
3. Renovar el Sistema Nacional de Salud, planteando nuevas metas, prestando atención personalizada, proporcionando calidad científico-

técnica, siendo eficaces en la gestión....

La garantía de futuro de la sanidad pública, no se escribe ni a través de leyes ni de derechos de trabajadores. Se escribe a través de la satisfacción de los ciudadanos con los servicios que reciben".

También tuvo unas palabras para incluir al colectivo enfermero en ese futuro de la sanidad, recordando que "tenemos un personal de enfermería extraordinariamente bien dotado, bien preparado pero no hemos tenido la filosofía de emplearlos en atención domiciliaria. Al revés, hemos reflexionado sobre no sé qué entelequias de promoción de la salud, de consultas de enfermería donde hacen un buen trabajo pero donde de verdad lo quiere la gente, donde lo necesitan es en atención domiciliaria: cuidados de enfermería a domicilio. Esto no costaría mucho y tendría un inmenso impacto en la sociedad en la que estamos.

Si no se atrae a la gente a la sanidad pública, ésta no tendrá futuro alguno.



## Se Busca

Queremos conocer todos aquellos eventos, noticias..., que se están produciendo en los distintos lugares de nuestra geografía española con el fin de dar a conocer a nuestros lectores todo aquello que nos afecta profesionalmente.

Por ello buscamos:

Personas que se informan y se

dotan de fuentes de información en el ámbito donde ejercen su función.

Enfermeras/os que redacten informaciones sobre congresos, reuniones... que estén a su alcance, artículos de opinión, o cualquier noticia que pueda ser de interés profesional.

La dirección de contacto es:

**Asociación de Enfermería Comunitaria**

Comité de Redacción del BEC

Avda. Barón de Cárcer 44-4

46001-Valencia

Esperamos tus noticias.

## Valencia Informa

Con fecha 29 de Septiembre de 1998 presentaba su dimisión la vocal por Valencia Francisca Anaya Cintas.

En la reunión celebrada ante la Junta Directiva, puso en conocimiento de ésta su decisión, y su compromiso a finalizar los proyectos emprendidos antes de abandonar la vocalía.





# LA ETICA DEL CUIDADO

## Las mujeres y la relación con los demás.

### Las relaciones personales

¿Nos queda tiempo para las relaciones personales? Poco. Lo normal es que a menudo oigamos a nuestro alrededor y a nosotros mismos, "perdona, no he tenido tiempo para llamarte" "ando tan liada" las relaciones personales están infravaloradas socialmente.

Pero queremos tratar aquí de esas relaciones desde el punto de vista de los géneros: ¿Hay una visión y una práctica distintas acerca de este tema en los hombres y en las mujeres? Creo que sí.

De entrada, las mujeres somos las encargadas del cuidado de las personas y no sólo en el seno de la familia, sino que, además, algunas de las profesiones más feminizadas, tienen que ver con este tipo de actividad (maestras, enfermeras), y la mayor parte de las personas que hacen trabajo voluntario -sobre todo de ayuda y cuidado- son mujeres. De ahí que hayamos desarrollado, por medio de la educación -no la formal, la académica, aunque en ocasiones también, sino por esa educación que nos da la vida, el entorno...- y por medio de una práctica cotidiana, una visión de las relaciones personales diferente a la de los hombres, llegando a ocupar la dedicación a los demás, una parte importante de nuestra actividad y de nuestras cabezas.

Con ello tiene que ver el desarrollo de lo que se viene denominando "ética del cuidado" en la que intervienen unos elementos diferentes de los de la "ética de la justicia" que como sociedad se asume y que tiene más que ver con el modelo de vida masculino y con las concepciones dominantes acerca del sistema social basado en la producción. La ética del cuidado se basa en la comprensión del mundo como una red de relaciones en las que se inserta el yo. De ahí surge un reconocimiento de las responsabilidades hacia los demás.

Existe un problema de generalización, ciertamente. No todas las mujeres caben en las características de lo que podríamos denominar "yo relacional", ni todos los hombres se des-

preocupan del ámbito de las relaciones ni de las necesidades afectivas de quienes les rodean; ahora bien, hablamos de modelos sociales diferenciados en los que la mayoría de uno y otro género se ve representada.

### Ética de la justicia y ética del cuidado.

La ética de la justicia es una ética moderna, que se ha ido configurando con la burguesía como clase social dominante. Es la ética que regula la vida pública, el espacio principal donde se mueven los hombres. Entre sus características está el derecho de los



seres humanos a hacer lo que deseen, sin invadir los derechos formales de los demás, y la imparcialidad que implica que, para aplicar unos principios, no es necesario saber muchos detalles sobre la situación o las personas implicadas para no dejarse influir por la simpatía o los sentimientos.

En realidad, la sociedad no funciona aplicando a todos los aspectos de la vida estos principios. En otros terrenos, la familia entre ellos, y la mayor parte de ellos, precisamente donde las mujeres tienen mayor presencia, se aplican otros valores: una tendencia a adoptar el punto de vista del "otro", con sus peculiaridades, a la intervención de los sentimientos, la contextualización en lugar de la imparcialidad... y todo ello basado, como decía más arriba, en la responsabilidad, la conciencia de formar parte de una red de relaciones, de que dependemos unos de otros.

Esto cuestiona el papel regulador central de la reciprocidad en las sociedades capitalistas (tanto me das, tanto te doy) y se impone la consideración

de las necesidades de cada uno: si yo te doy no es para que tú me des exactamente lo mismo. Esto no quiere decir que, en estos contextos de los que hablamos, siempre funcionen estos valores de forma nítida, que en todas las ocasiones una se olvide de sí misma para dedicarse a ayudar a los demás, sino que se experimentan contradicciones, lógicamente, con los valores de la ética dominante, la de la justicia. Normalmente se intenta lograr un equilibrio entre la responsabilidad hacia los demás y hacia uno y, en la búsqueda de ese equilibrio está el dilema moral, dilema que observamos, por ejemplo, en muchas mujeres, entre su trabajo fuera de casa y la dedicación a sus hijos y cuya no resolución hace que muchas de ellas vivan mal la no absoluta dedicación a su familia.

Por supuesto, tenemos que decir que no nos conformamos con que exista una ética de la justicia que se considere adecuada para lo público y para los hombres, y una ética del cuidado, para lo privado y para las mujeres.

Por un lado, porque las consecuencias de un entendimiento estrecho de la ética de la justicia llevan a una sociedad sumamente injusta; por otro, porque es inadecuada una ética sólo para las mujeres, por el contrario, una ética debe ser común a todos los miembros de una sociedad, independientemente de su sexo o "status".

No se trata de institucionalizar todas las relaciones personales y la esfera de los sentimientos, por supuesto, sino que pueda ser objeto de debate, de crítica, de valoración y, en algunos casos, de regulación legal.

Todos los seres humanos estamos incluidos en una red de relaciones y de ello debe derivarse la responsabilidad para con los demás y esto no debe ser sólo aplicable a la vida privada, sino también a la pública. Tenemos un deber ético de actuar positivamente y no sólo dejarlo en una cuestión de derechos. Entre el modelo de justicia como reciprocidad y el cuidado como voluntario o como caridad de la parte femenina de la sociedad, está la responsabilidad y la solidaridad como

# 1<sup>er</sup> CONGRESO DE LA ASOCIACION ULCESUR

## "La Cura Húmeda"

### Isabel Torres Montero

Este primer Congreso celebrado en el Foro Iberoamericano de la Rábida, en Palos de la Frontera (Huelva) tubo como directriz el tratamiento de las úlceras, siendo punto de encuentro de numerosas experiencias profesionales, conocimientos científico-técnicos, y propuestas de actuación.

Aunque cada vez más implantada, aún hay profe-

sionales que desconfían de las ventajas que ofrecen este tipo de cura.

Lo que sí dió oportunidad a discusión fue la frase tan usada de que "más vale prevenir que curar" cosa que en el tema de las úlceras no está aún muy lograda, teniendo que dedicar una buena cantidad económica al tratamiento, cuando sería más beneficioso dedicarlo a la prevención, al ser un problema bas-

tante importante, caro y con solución.

En dicho congreso participaron compañeros no solo de Andalucía sino también de Barcelona, La Rioja, Asturias e incluso del Reino Unido, lo cual garantizó la riqueza de conocimientos, experiencias, métodos de trabajo... Todos bajo la misma intención: el unificar y mejorar la actuación ante los posibles problemas de la piel.

Formulario de inscripción

### Red de Experiencias Prácticas

Título de la experiencia: \_\_\_\_\_

Responsable \_\_\_\_\_ Palabras clave \_\_\_\_\_

Resumen (incluir ámbito, desarrollo de la experiencia, tiempo de desarrollo, continuidad en el tiempo):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Seleccionar uno de ambos items:  Experiencia aislada  Experiencia con continuidad en el tiempo

#### Datos personales:

Lugar de trabajo \_\_\_\_\_ Dirección de trabajo \_\_\_\_\_

Teléfono trabajo con prefijo \_\_\_\_\_ Localidad/Código postal \_\_\_\_\_

Dirección particular \_\_\_\_\_ Localidad/Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono particular con prefijo \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

#### Forma de contacto preferente:

Teléfono trabajo  Teléfono particular  Dirección trabajo  Dirección particular

Autorizo a la AEC a incluir mis datos en esta base de datos informática y a facilitar mis datos con el solo fin de difundir la experiencia. Los presentes datos **no** podrán ser utilizados para intereses comerciales, publicitarios o de cualquier otro tipo de lucro.

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

Firma del responsable

Enviar a: AEC. C/ Baró de Càrter, 44-2-4 - 46001 - Valencia