



BOLETÍN DE ENFERMERÍA COMUNITARIA

**Atención
Primaria en la
Rioja**
[pág. 5]

**Reflexiones
sobre Enfermería
en la Comunidad
Valenciana**
[pág. 7]

**Nueva Junta
Directiva AEC**
[pág. 8]

Nunca Mais
[pág. 20]



ASOCIACIÓN DE
ENFERMERÍA COMUNITARIA



**Enfermería,
comunidad y
cuidados**
[pág. 27]



III REUNIÓN DE INVIERNO DE LA AEC I JORNADAS ENFERMERÍA COMUNITARIA DE NAVARRA

Enfermería, cuidados y comunidad

Tudela - Navarra 3 y 4 de octubre de 2003

[MESAS REDONDAS] ENFERMERÍA, CUIDADOS Y COMUNIDAD, Enfermeras comunitarias hoy (R. Casals Riera) La enfermera en la comunidad (G. Pérez Díaz). EL MODELO EUROPEO/OMS DE ESCUELAS PROMOTORAS DE SALUD, Modelos de intervención (M. Martínez Murrieta) El modelo en escuelas primarias (M. Victoria Tellechea). ENFERMERÍA Y ASOCIACIONES DE LA COMUNIDAD, Los usuarios de la salud (M. Luz Esteban) Una experiencia de relación (I. Herguedas Sukía). [SEMINARIOS/PUNTOS DE ENCUENTRO] PAE: INTERVENCIONES Y RESULTADOS (G. González Climents). ENTREVISTA MOTIVACIONAL (R. Casals Riera). ENFERMERÍA ANTE LA INMIGRACIÓN (M. J. Martínez Inda). ENFERMERÍA CON LAS ASOCIACIONES (G. Aguada Magaña). ENFERMERÍA PROMOTORA DE SALUD (A. Cariñena Lezaun). ENFERMERÍA EN LA ASISTENCIA A PROCESOS (J. R. Mora Martínez). [ACTO DE CLAUSURA] LICENCIATURA DE ENFERMERÍA (L. Maciá Soler). ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA COMUNITARIA (G. Álvarez Andrés). CONCLUSIONES DE LOS PUNTOS DEL ENCUENTRO. ENTREGA DE PREMIOS. CONCLUSIONES DE LAS JORNADAS.

[para más información consulta en: <http://www.enfermeriacomunitaria.org>]



ASOCIACIÓN DE
ENFERMERÍA COMUNITARIA

VIAJES TÍVOLI. P. Pamplona, 14.
31500 Tudela (Navarra)
Tel.: 948 825 101. Fax: 948 825 061.
e-mail: tudela.viajes@mapfre.com



ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA COMUNITARIA

Junta Directiva AEC

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

Comité de redacción

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

Diseño gráfico y maquetación

Igor Morell ☎ 616 981 880

Ilustraciones

Gerard Miquel Roselló

Imprime

Gráficas Sichert

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

sumario

Atención Primaria en la Rioja
[pág. 5]

Reflexiones sobre Enfermería
en la Comunidad Valenciana
[pág. 7]

Nueva Junta Directiva AEC
[pág. 8]

El Impacto de los cuidados
[pág. 9]

Encuesta BEC
[pág. 11]

Nunca Mais
[pág. 20]

Lillian Wald, nace la
Enfermería Comunitaria (I)
[pág. 24]

Modelos Asistenciales
[pág. 32]

en portada

Enfermería, cuidados
y comunidad

[pág. 12]



editorial

En octubre celebraremos las jornadas de invierno de la AEC, dirigidas en esta ocasión al impulso, desarrollo y reconocimiento de la enfermera comunitaria. Esa enfermera que siempre ha habido en nuestros pueblos, barrios, ciudades. Que vive la enfermería, el cuidado, el fomento de la salud como algo propio, viendo en la promoción de la salud, el motivo principal de su quehacer enfermero. Esa enfermera que va la mayor parte de los días a trabajar con ilusión por hacer lo que hace, y porque ese trabajo llena su vida. Una enfermera que siente profundo amor por la comunidad con la que trabaja.

Cuando veo la enfermera de mi comunidad, la veo como una más. Y es por eso que, aparte de las labores asistenciales, la veo implicándose en todo lo que supone salud y vida en su comunidad. La veo trabajando con ilusión, promocionando grupos para mejorar la salud de su propia comunidad. La veo junto con otras personas, por todo aquello que supone crecimiento en común y salud para todos. Cuando veo a la enfermera comunitaria, la veo en la escuela, en los grupos de mujeres y de hombres, en la escuela de madres y padres, en los grupos de voluntariado, de medio ambiente, con las personas ancianas, discapacitadas y más desfavorecidas, en los grupos de acogida a inmigrantes, en los grupos multiculturales, por encima de siglas, religiones, grupos ideológicos. La veo trabajando con unos y otras dentro del grupo, la veo sin bata, sin despacho, andando entre la gente, hablando con todos, participando del crecimiento de su grupo, creciendo con él. El papel de la enfermera comunitaria es de coordinación, de impulso, de liderazgo, reivindicativo. Hay muchas enfermeras que dan y han dado esta talla en la primaria.

Creo que las instituciones, nuestras empresas, están por detrás de lo que la enfermera comunitaria es y hace. La rigidez de los horarios y las tareas que realizamos junto con la indefinición, el desconocimiento y la falta de reconocimiento de nuestro trabajo, dejan a la voluntad de cada una de nosotras el desarrollo del mismo. La reforma sanitaria y los mismos profesionales sanitarios hemos profundizado poco en el trabajo comunitario. Se ha consolidado el trabajo asistencial, el trabajo de despacho. Creo que urge un estudio en profundidad de las posibilidades de la primaria y del trabajo comunitario.

Mientras, y para que esto sea posible, animo a las enfermeras comunitarias a que continuemos soñando y que estos sueños, de una sociedad idealmente más sana y más justa, guíen nuestro trabajo, y así vayamos haciéndola realidad poco a poco, con la gente de nuestro entorno, con mucho cariño, como siempre lo hemos hecho.

Ana Cariñena

Enfermera Comunitaria. CS Elizondo - Navarra



ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA COMUNITARIA

¿Qué es la AEC?

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

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

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

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

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

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

La AEC es miembro fundador de la FAECAP.

Si deseas conocer más de nosotros contacta en:

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

¿Qué pasa con la Atención Primaria de Salud en la Rioja? ¿Somos diferentes al resto del estado?

Jorge Mínguez Arias

Sirva una anécdota personal para examinar, y tratar de comprender, la percepción del usuario, la visión del trabajador y del gestor en el nivel de atención primaria. Intentaré continuar con un debate sobre la Atención Primaria en La Rioja y analizar si es extrapolable al resto del Estado.

Hace días me tropezaba con una amiga —persona madura, educada, correcta, y de buena posición social— a la que hacía tiempo que no veía. Después del saludo, dice venir de mi “ambulatorio” bastante enfadada por dos razones: una por aguantar dos horas de retraso para ser vista por su médico y otra, por no ser remitida al especialista. Me comenta que la espera es debida a que es una sustituta que tiene acumulado otro cupo sin sustitución. Ante la espera, acude a información y pregunta “¿nadie de ustedes me puede dar un volante para ir al especialista?, lo único que necesito es un volante”. Le responden: “para eso debe ir al médico”. No entiende cómo, “para algo tan simple”, tenga que perder tanto tiempo el médico con ella, pudiendo dedicarlo a otra persona que lo necesite más. Le indico que su problema no es de especialista y que su médica tiene conocimientos suficientes para solucionarlo. Además le señalo, que para enseñar a leer a un niño no hace falta ser catedrático de filología (mi amiga es docente). Posteriormente hablamos de la falta de sustituciones, de la mala distribución de los recursos en la Rioja y de algún otro problema relacionado con el asunto. Lo que se constata con esta situación es que existen diferencias en materia de salud. En mi análisis, parte de la solución a esta desigualdad consiste en identificar el origen de los problemas que agruparé en tres apartados: uno determinado por el perfil profesional, otro por el tipo de organización (forma de gestionar, dispersión en la implantación de la reforma sanitaria, intentos de restauración, presiones corporativas...), que no es homogénea, y en último termino determinado por la participación de los trabajadores en el sistema de salud, que ha sido legislada pero no puesta muy en práctica. Me refiero más a la democracia real y no sólo formal.

PERFIL PROFESIONAL

Es necesario que trabajemos en, y con la comunidad, enseñándola a participar en salud con los grupos organizados, para conseguir entre otros, los recursos necesarios para mejorar los niveles de autoprotección y de autocuidado. Para conseguir esto, el perfil profesional es determinante. Las actitudes profesionales individuales condicionan la asistencia, por ello habrá que perfilar los que son necesarios sin caer en el fundamentalismo. Se deberá enseñar el uso de los medios técnicos posibles, avalados con la suficiente Evidencia Científica disponible. Como dice Alberto Gálvez, ¿por qué sigue existiendo esa diferencia terapéutica para tratar una misma enfermedad dependiendo del profesional, o del centro de salud u hospital? Esto ya no es justificable si se habla de ciencia, no es válido eso de que cada maestrillo tiene su librito. No es válido por varias razones, pues cada profesional tiene la obligación ética de estar al día, leyendo estudiando, participando en foros científicos, investigando, y por supuesto mejorando. La empresa debe de facilitarle además del acceso a bases de datos, a bibliografía revisada y actualizada, a las redes de información, facilidad para ir a cursos, congresos, permisos, sustituciones, etc., eso sí adaptando el programa formativo a las necesidades reales, para estar al día y evitar esas inseguridades y discrepancias de criterio por falta de información o formación. El profesional debe de estar lo suficientemente preparado para tener criterio y enfrentarse al acoso comercial diario.

TIPO DE ORGANIZACIÓN

La formación en gestión es crucial, pues la falta de preparación de los gestores es un elemento que distorsiona. Falta un objetivo claro del modelo sanitario a seguir, como se traduce en los vaivenes de los últimos años en la gestión regional. A esto le acompaña el desconocimiento total del producto sanitario (producto enfermero, producto médico...) que nos lleva al análisis de costes, política de personal unificada, descripción de puestos de trabajo... Se están gestionando casi exclusivamente los recursos pero no el producto.

punto de vista

Es necesario el consenso dentro del servicio regional de salud, pues ayudaría a esa mayor homogenización equitativa de la que carecemos. Hay que considerar que a la gestión se debe de llegar con un mínimo de formación en la materia; muchas veces hemos comprobado que se llega con mucha y buena voluntad, pero eso no es suficiente: esto lleva a no tener proyectos de futuro suficientemente forjados ni documentados, reduciendo la larga jornada laboral del gestor casi exclusivamente a solucionar (mal) los problemas cotidianos de bajas, vacaciones, días libres, etc., sin saber hacia dónde, por qué y cómo se quiere ir.

PARTICIPACIÓN LABORAL

La participación en el ámbito laboral ¿cómo es?, ¿los que nos representan conocen parcialmente el día a día del puesto de trabajo? ¿por qué la mayoría de los representantes de los trabajadores conocen los problemas globales, están todo el día de reunión en reunión, en baremaciones, tribunales de exámenes, organizando cursos de formación, o "apagando los fuegos más sangrantes...? Pocas secciones sindicales funcionan, y por tanto, poco transmiten a sus "liberados" (conquista social importante), de la problemática real: ¿Cuál es la actividad de la Junta de personal de Área, o del Comité de Empresa?. Quémosle los argumentos a los que no creen en la democracia y continuamente critican la actividad del sindicalista, y nunca participan y si lo hacen es para solucionar el problema exclusivamente personal. Esto se combate con más democracia. El individualismo es una de las dificultades del sindicalista. Aunque también existe ese lado oscuro del sindicalista que en contadas ocasiones sólo busca el bien particular, y huye del puesto de trabajo. Estoy generalizando y puedo ser injusto con alguien, ya que también tenemos ejemplos de todo lo contrario, pero lo que más suena es lo primero. Hago este inciso ya que el sindicalismo es esencial en la democracia y en la participación en salud, tanto en la vertiente de representantes de los trabajadores sanitarios, como en la vertiente de representantes de la ciudadanía. Veamos: ¿Conocen los sindicatos la asignación de población que se tiene en la Rioja por profesional (médicos y enfermeras indistintamente)?, ¿se conocen los niveles o índices de sustitución de cada centro de salud? ¿es el adecuado?, ¿se conoce la pirámide de la población adscrita y el patrón epidemiológico de la zona y del puesto de trabajo?, ¿se ha hecho algún estudio sobre la recogida de información que se genera diariamente? ¿es homogénea para poder compararla?, ¿son comparables de un centro a otro los índices de sustituciones? ¿por qué si se tienen las mismas características existen condiciones laborales diferentes?, ¿se ha entretenido alguien en analizar las necesidades de cuidados reales o potenciales de la población? ¿se ha calculado de acuerdo a estudios existentes el perfil de profesional necesario y el tiempo a invertir para cubrir en esos cuidados?, ¿alguien ha cogi-

do la cartera de servicios de un centro de salud y ha estudiado los tiempos que se necesitan para atender a la población en dichos programas, no solo la población captada, sino la tiene que ser según el patrón epidemiológico tendríamos que atender? Siendo reduccionista, "sólo" con la media de tiempos en captación y atención y una multiplicación, podremos conocer las necesidades de plantilla reales, y cada vez que nos encontremos con la "no sustitución" tendremos argumentos, y evitaremos el tener "que quitarnos la gente de encima, en lugar de solucionarle los problemas" que es a lo que te obligan no sustituyen, (es material para los gestores).

Considero crucial el transmitir estos resultados a los ciudadanos para que participen y pidan la participación en los Consejos de Salud a través de los órganos formales.

*Lo importante de la utopía,
es vivirla con la esperanza
de que se cumpla, aún
sabiendo que nunca se va
a cumplir. Eso nos ayuda a
crecer, a formarnos, a vivir
la vida como proyecto
intenso e ilusionado.*

José Luis Aranguren

CONCLUSIÓN

Como resumen podemos decir que la participación ciudadana en materia de salud es además de multicausal, el elemento crucial de todo este entramado, donde hay implicaciones laborales, profesionales, personales, sindicales, políticas, etc. Por ello debe de ser el ciudadano, quien conociendo la magnitud, trascendencia y vulnerabilidad del asunto, es decir con conocimiento, defienda "su" producto sanitario, del que tan necesitados estamos o vamos a estar, y sepa cómo, cuándo y dónde utilizar el servicio de salud adecuadamente, y no ocurra lo que a mi amiga, que de entrada por falta de información y mala organización del servicio, en lugar de mejorar su estado de salud, le provoca una situación de estrés.

La democratización de la salud en la Rioja es una necesidad imperiosa, propósito quizás utópico pero necesario, que seguro que con matices, es la misma que en el resto del Estado, por eso me pregunto si somos diferentes, pero no cuento la documentación suficiente para hacer tal afirmación. Espero con esto abrir un debate y en los próximos números del BEC aparezcan artículos de diferentes autores con visiones diferentes desde otras regiones rebatiendo o apoyando lo expuesto.]

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

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

Las enfermeras comunitarias somos concededoras de circunstancias, hechos y consecuencias de los mismos, que acontecen en diversos Centros de Salud, en los que algunos principios de la Atención Primaria de Salud contenidos en la legislación vigente no se cumplen en la práctica, afectando a la actividad profesional de las enfermeras y también, por tanto, a los ciudadanos.

Expresamos nuestra preocupación ya que cuando esto sucede, ni se avanza ni consolida una metodología y organización que mejore las prestaciones sanitarias a la población sino que se retrocede en las diferentes actividades que componen el trabajo coherente en Atención Primaria de Salud.

En estos momentos, existe un alto riesgo de deterioro y degradación en las aportaciones y profesionalidad de las enfermeras que ven fracturadas, separadas o reducidas a mero testimonio aquello para lo que fueron formadas. Hay antagonismo, entre currículo teórico y práctico, entre principios y actuaciones, modelos y realidades, en suma, entre fines y medios.

La OMS que toma como unidad de referencia la relación enfermera/ población, establece 1 enfermera por 140 habitantes, y un médico por 420 habitantes. La paradoja que tenemos en Atención Primaria es que cada vez con más frecuencia tenemos la relación 1 enfermera para 2 médicos.

Prevalece pues, el antagonismo entre las necesidades de la población y la adecuación de los recursos y se da prioridad al interés económico frente al deterioro de la salud de los ciudadanos.

Deseamos, facilitar las reflexiones y actuaciones que permitan elaborar y realizar respuestas salubristas, científicas y técnicas que impidan la desintegración de la A.P.S en la Comunitat Valenciana que se acelera al amparo de una sociedad de mercado que trata de convertir toda la realidad en beneficio económico, incluida la persona y los fenómenos de su vida y..., Tots som culpables de no dir res (Camus, A.).

Así pues es necesario rescatar de la memoria aquello que es valioso, y activar la mente en una orientación creativa que de vida y oxígeno al sistema sanitario y a nuestro trabajo diario, y en suma, de sentido y dignidad a la vida.

Hace 25 años que los estudios de Enfermería se incluyeron en la Universidad pasando a ser una Diplo-

matura, vio la luz la Declaración de Alma-Ata en la primera Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud que generó ilusiones, expectativas...

La formación a través de la Universidad nos capacitó para ejercer un rol profesional desde una concepción holística del ser humano y de la de la salud tal como la definía la Organización Mundial de la Salud y como la suscribió el Congreso de metges i biològs a Perpinya, en 1978, "Salut es un modo de viure autònom, solidari i joios", junto a una concepción dinámica de la sociedad inmersa en continuos cambios.

Esa concepción abierta de la enfermería se nutrió de muy diversas aportaciones de enfermeras (Nightingale, Henderson, Orem, Peplau, Coliére...), **y está centrada en el cuidar como eje de sus actuaciones dirigidas a proporcionar el mayor nivel de confort y bienestar a las personas o grupos que atiende, considerando sus necesidades de todo tipo, desde las básicas o de supervivencia hasta las más cualificadas, como la autorrealización cuando ello es posible, así como el entorno específico dónde nacen, viven, trabajan, se relacionan, enferman, se recuperan y mueren.**

La Constitución Española recoge y armoniza la filosofía de Alma-Ata y la consolida en la Ley General Sanidad de 1986, asumida por el decreto 42/186 de 21 de marzo del Consell de Generalita Valenciana que establece las condiciones para mejorar la calidad de la atención en la asistencia primaria pasando de ser una asistencia primordialmente curativa a ser una asistencia programada a demanda y esencialmente preventiva y curativa, llegando a los grupos de personas con más necesidades sanitarias y favoreciendo la adquisición de hábitos para la salud.

En ese mismo sentido se expresan otras declaraciones y recomendaciones de referencia internacional como las de Ottawa, Yakarta, etc...

El colegio profesional en su artículo 54.2 refrenda todo lo anteriormente expresado, convergiendo con la Universidad de Valencia sobre el perfil del Diplomado de Enfermería describiendo el ámbito de actuación y los objetivos académicos.

La segunda parte de este artículo plantea las preguntas que surgen de esta reflexión y cómo convertirlas en acción.]

Nueva Junta Directiva

Gálata Pérez Díaz

Dentro del marco del IV Congreso de la AEC en Tenerife, el pasado día 2 de noviembre, tuvo lugar la Asamblea de socios donde se eligió a una nueva Junta Directiva. Decir que, se obtuvo un alto grado de participación gracias a los votos por correo. La candidatura que se eligió está compuesta por cinco enfermeras de diferentes puntos del territorio español: Canarias, Navarra, Comunidad Valenciana, Murcia y Castilla y León.

Por nuestra parte queremos hacer pública nuestra más sincera consideración al esfuerzo realizado por los integrantes de la anterior junta. El reto es alto, no sólo por la dedicación, sino por la calidad ética, profesional y personal de sus anteriores componentes.

El ánimo de esta nueva Junta es seguir consolidando la unión de las enfermeras comunitarias, estableciendo fuertes lazos con el fin de conseguir avan-

zar en el desarrollo de nuestra profesión, siempre desde una perspectiva de la metodología enfermera.

Consideramos importante compartir experiencias dentro de las diferentes comunidades autónomas. Conocemos qué hacen compañeras en diferentes puntos geográficos de nuestro país, cuando asistimos a congresos y jornadas. Nosotras invitamos a que se utilice la Red de Experiencias como vehículo transmisor de iniciativas enfermeras, que ofrece nuestra web.

Además queremos hacer una fuerte apuesta por las vocalías territoriales. Estas vocalías dinamizarían el trabajo dentro de su comunidad autónoma, teniendo como nexo de unión con la junta a la vocal de comunicaciones, tal como se decidió en la asamblea antes mencionada. Desde aquí animamos a los socios interesados que se pongan en contacto con nosotras. Nuestra web, además de seguir siendo la página que te ofrece la actualidad de la enfermería comunitaria, quiere ser punto de encuentro de experiencias.

Queremos agradecer el apoyo obtenido y la confianza que habéis depositado en nosotras - han sido muchas las felicitaciones y palabras de aliento recibidas -, que sin lugar a dudas, nos incentivan para que la ilusión que hemos puesto en el relevo de esta andadura sea aún mayor. Tenemos un gran reto y mucho por hacer. Desde estas líneas, gracias.]



Conclusiones del IV Congreso Nacional AEC

El Impacto de los Cuidados

M^a Dolores Izquierdo Mora

Tenerife congregó a unos doscientos profesionales de enfermería -asistenciales, docentes, gestores y planificadores- de distintas comunidades autónomas, durante los días 31 de octubre, 1 y 2 de noviembre de 2002 en el IV Congreso Nacional de la AEC. El Comité Organizador asumió dar "continuidad" al trabajo abordado en el III Congreso celebrado La Rioja en febrero del año 2000 en torno al lema "Nosotros cuidamos" y en el que, el cómo y qué aspectos son necesarios para cuidar mejor, fueron los objetivos del mismo. Por ello barajamos los temas de medición de resultados en enfermería, contribución enfermera,... y definitivamente "El impacto" fue la palabra que más se ajustaba a lo que pretendíamos fuera central en los objetivos del Congreso. Queríamos entrar a debatir cómo repercute nuestro trabajo en la salud y en el bienestar de la comunidad, y también en cómo poder visualizarlo, explicarlo, transmitirlo. Los objetivos del IV Congreso han sido debatir sobre la medición de resultados en enfermería y reflexionar sobre el futuro perfil de la enfermería comunitaria.

• La orientación hacia los resultados.

Un perfil para la enfermera comunitaria

D^a M^a Jesús Pérez de la Universidad de Alicante, en la Conferencia Inaugural, nos invitó a ir mirando hacia atrás, e hizo un recuerdo histórico de dónde surge la disciplina y las circunstancias que han contribuido a su desarrollo en unos momentos y su estancamiento en otros. Nos indicó los cambios que ha supuesto el denominado "Nuevo modelo" y el impacto que ha tenido tanto en la propia enfermería como en la comunidad, y cuál es su propuesta de futuro en la actuación frente a los usuarios.

• Resultados en enfermería: una vía de desarrollo profesional

La mañana del viernes se iniciaba con esta mesa redonda en la que tres ponentes con formación en distintas disciplinas nos daban su versión de la "cuestión enfermera". La Dra. Beatriz González economista de la Universidad de Las Palmas nos hizo fácil lo difícil. Su rigurosidad y claridad en los planteamientos han dado una visión ajustada de esa vía del desarrollo. El Dr. Xavier Badías del HSC I SP y Health Outcomes Research Europe, nos habló de la medición de la calidad de vida, como un instrumento potente para medir el impacto de los cuidados, de aquello que los ciudadanos valoran como importante. Por su lado, D. José Luis Cobos del Instituto Superior de Acreditación para el desarrollo de la enfermería, nos acercó al proyecto de normalización de los procesos enfermeros, y desde una visión enfermera nos habló del futuro cercano.

• La perspectiva de la enfermería comunitaria desde el punto de vista de otras disciplinas, los políticos, los gestores, y los usuarios

En esta mesa Compartieron espacios el sentir de una diputada, un médico de familia, una gestora de servicios de enfermería y una cuidadora. D^a M^a del Mar Julios, médica y Parlamentaria Nacional aportó su visión de la situación actual del sistema, y también de lo que ha de afrontar la enfermería comunitaria en los próximos años. D. Julio Rodríguez, presidente de la Sociedad Canaria de Medicina Familiar y Comunitaria, nos habló de una "crónica de un desencuentro" entre los médicos y las enfermeras, y nos propuso una receta, que "se ha de agitar y



enfriar”, para mejorar el trabajo conjunto. D^a Epifania Medina, directora de enfermería del área de salud de Fuerteventura nos propuso un camino con interrogantes a resolver ¿qué tipo de asistencia sanitaria pretende nuestro modelo? ¿cuentan las enfermeras con la formación y experiencia que necesitan para desarrollar sus funciones? ¿desempeñan roles adecuados a su misión?. D^a Modesta Gil en su calidad de cuidadora y presidenta de la federación de asociaciones de Enfermos de Alzheimer de Canarias, nos habla de la difícil realidad de los pacientes y las familias cuidadoras y de las insuficientes respuestas de la administración.

• Nuevas perspectivas

En la mesa del sábado se abordaron cuestiones innovadoras para la disciplina, desde diferentes vertientes: D. Luis Cibanal de la Universidad de Alicante planteó un nuevo marco de comunicación con los usuarios, el Doctor en Derecho D. Juan Manuel Fernández nos habla de la ley de funciones y la colegiación, y D^a Elisa Cartagena nos explicó la formación de tercer ciclo en enfermería que se oferta en la Universidad de Alicante.

• Una nueva imagen de la Enfermería

La ponencia de despedida preparada por un grupo de enfermeras de las AEC Canarias ha querido “hacer explícito lo implícito de la profesión enfermera”, presentando bajo el formato de vídeo las caras más y menos conocidas por la población de las enfermeras comunitarias. El reto está por una parte en homogeneizar todas esas imágenes de servicios que ofertan las enfermeras y por otra en hacerlas visibles ante la comunidad y ante los gestores del sistema sanitario y los compañeros de la disciplina enfermera.

• Las comunicaciones

Se aceptaron 21 comunicaciones orales y 39 a póster con experiencias de Andalucía, Asturias, Canarias, Castilla-León, Cataluña, La Rioja, Madrid,

Murcia, Navarra y Valencia (los resúmenes se pueden ver en <http://www.enfermeriacomunitaria.org>).

Los temas han estado relacionados con la gestión, el marketing, las profesionalización y las innovaciones en enfermería, las intervenciones dentro y fuera de la consulta, con grupos para la promoción de la salud y/o prevención de las enfermedades, con personas cuidadoras, resultados en satisfacción e impacto de las intervenciones enfermeras. Temas muy diversos que han suscitado muchas sonrisas y algunas lágrimas (de risa). Se otorgó un premio a la Mejor Comunicación Oral que recayó en el trabajo “Ensayo de intervención para la cesación tabáquica en pacientes diabéticos” de los autores Canga N, Martínez MA, Duaso MJ, De Irala J, Lizasoán O. y otro a la mejor Comunicación a póster para el trabajo “Estudio actividad en la práctica de enfermería en AP: Importancia de la Enfermera de Referencia”, de los autores Martínez JR, Pérez I, Martínez P, Soler S, Calatayud N, Ibáñez L, Antolín B, Luzón M, Martínez P, Fernández M.

• Formación y debates

Otro de los objetivos del Congreso ha sido incluir espacios para la formación en aquellos temas que aportan también innovaciones en el “El impacto de los Cuidados”. Por ello durante toda la semana se desarrollaron seminarios formativos, previos e intra congreso sobre “La relación de ayuda en enfermería, un enfoque para la entrevista clínica” por D. Luis Cibanal y “La medición de resultados en enfermería: NOC y Calidad de vida relacionada con la Salud” por D. Gonzalo Duarte. En ellos se han formado unas cien enfermeras.

Por último decir que, en la mañana del sábado, se llevó a cabo una reunión de trabajo en la que profesores de enfermería comunitaria y gestores debatieron el documento propuesto por la AEC para la especialidad de enfermería comunitaria.]



El Comité de Redacción del Boletín se reunió en el transcurso del Congreso.

Los lectores del BEC consideran las secciones más interesantes "originales" y "revista a las revistas"

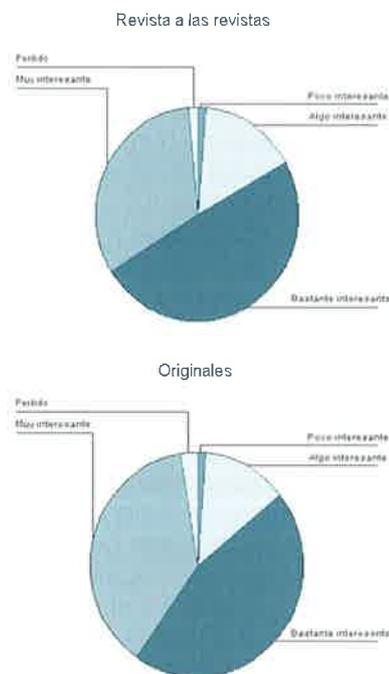
J. Adolf Guirao-Goris

Durante el pasado congreso de la AEC se realizó una encuesta entre los asistentes para identificar la opinión que tienen los lectores del Boletín. El 85 % de los encuestados considera que el nuevo formato del boletín es interesante o muy interesante y en el caso de los que tenían un conocimiento del anterior formato del boletín llega a un 93 %.

En general las secciones del boletín tienen una aceptación positiva entre los lectores ya que la media está en un 75 %. Una de las secciones más valoradas es la sección Actividades AEC que es considerada muy interesante en un 39 % e interesante en un 41 % de los que contestan la encuesta.

En general las dos secciones con mejor acogida son "originales" con una valoración alta del 83,2 % (muy interesante un 37,7 %) y la sección "revista a las revistas" con una valoración muy alta o alta de un 81,9 % (muy interesante un 32,5%).

Si deseas conocer los resultados de la encuesta en profundidad puedes visitarla en nuestra página web: <http://www.enfermeriacomunitaria.org>



Sección	Muy interesante	Bastante interesante	Algo interesante	Poco interesante	Nada interesante
Editorial	18,2	54,5	18,2	-	-
Punto de vista	28,6	49,4	20,5	1,3	-
Noticias AEC	26,0	58,4	15,6	-	-
Internacional	20,8	55,8	20,8	1,3	-
Esfera	11,7	55,8	29,9	1,3	-
La puerta de la solidaridad	26,0	50,6	18,2	3,9	-
El colchón de las nubes	29,3	49,3	16,0	5,3	-
Enredados	27,3	41,6	22,1	6,5	-
Agenda	27,3	49,4	19,5	1,3	-
Originales	37,7	45,5	13,0	1,3	-
Revista a las revistas	32,5	49,4	15,6	1,3	-
Lectores	24,7	49,4	18,2	1,3	-
Actividades AEC	39,0	41,6	13,0	1,3	-

La Educación Enfermera en Colombia

José Ramón Martínez Riera

Dentro del convenio internacional de cooperación suscrito entre las Universidades de Alicante y de Antioquia y del Programa de Cooperación Interuniversitaria E.AL. 2002 de la Agencia Española de Cooperación Internacional, y con el objetivo de fomentar el intercambio de experiencias docentes entre ambos, el pasado mes de septiembre tuve la oportunidad de realizar una pasantía como profesor del Departamento de Salud Pública de la Escuela Universitaria de Enfermería de Alicante en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia en Medellín (Colombia).

Enmarcado en el mencionado convenio ya habían sido varias las profesoras de la citada Facultad que habían estado realizando pasantías en nuestra Universidad, pero aún no había acudido ningún profesor de nuestra Escuela a Colombia. Me cupo a mi la gran satisfacción de ser el "embajador" de la enfermería española en la citada universidad.

A pesar de los muchos y repetidos comentarios de sorpresa, incredulidad, temor e incluso perplejidad, realizados por familiares, compañeros y amigos, dada la situación político-social por la que atraviesa Colombia, mi ánimo era de total serenidad, y mi ilusión por conocer otra realidad, enorme. El 3 de septiembre partí para Colombia y tras más de 18 horas de viaje –entre esperas, retrasos y vuelos- aterricé en el aeropuerto de Medellín.

La acogida durante toda mi estancia fue, por parte de toda la gente con la que compartí algún momento, calurosa, sincera, amable, desprendida, amigable y muy, muy cercana. Esta circunstancia, sin duda, contribuyó en gran manera a que mi ánimo sereno no se perturbase durante ningún momento y que las constantes noticias de atentados, secuestros e inseguridad fuesen observados por mi como algo preocupante pero no amenazante.

Llegué a la Facultad de Enfermería situada, al igual que el resto de Facultades de Ciencias de la Salud, fuera del magnífico campus universitario pero muy cercano a él, con un programa previamente consensuado entre ambas partes antes de mi viaje y en el que tenía una densa y apretada agenda de actividades docentes, investigadoras y protocolarias.

Como quiera que el espacio del artículo no me permite hacer una referencia mínimamente clara de todas y cada una de las actividades desarrolladas,

considero interesante centrarme en lo que es la realidad de la Enfermería docente en Colombia y en concreto en la Universidad de Antioquia, para en posteriores artículos detenerme en algún otro aspecto de mi pasantía.

La Facultad de Enfermería de Antioquia se constituye como tal en el año 1980, habiendo sido Escuela de Enfermería previamente desde 1950. La duración de los estudios es de 5 años con grado de Licenciatura. El perfil de formación tiende a una formación heurística, con estructuras de pensamiento formal que permita a los estudiantes comprender los principios generales y los contenidos específicos de la profesión, las teorías de enfermería, el cuidado, el perfil epidemiológico de la población, la gestión en los servicios de salud y las políticas, con referencias valorativas indispensables para observar, analizar, evaluar y proponer, de manera propositiva, transformaciones de la realidad social y profesional. Tras la finalización de sus estudios los nuevos licenciados no pueden incorporarse al mundo laboral sin previamente haber realizado un año de taller, que consiste en el desarrollo, presentación, aprobación y puesta en práctica de un proyecto de intervención comunitaria.

La Facultad de Enfermería dentro su Departamento de Extensión y Postgrado desarrolla: Maestría en Salud Colectiva, Maestría en Enfermería, Especialización en Cuidado al Adulto en Estado Crítico de Salud, Especialización en Cuidado al Niño en Estado Crítico de Salud y estando en período de aprobación por el Instituto correspondiente (que es sumamente complejo y riguroso) la Maestría en Atención Integral en desastres, y el Doctorado en Enfermería. En Colombia es necesario haber realizado una maestría (máster) para poder acceder a la realización del Doctorado.

Dentro de los objetivos de la Universidad de Antioquia uno de los más importantes es el de extensión universitaria, que lo define como la expresión de la relación permanente y directa que la universidad tiene con la sociedad, opera en el doble sentido de proyección de la institución en la sociedad y de aquella en esta. La universidad está presente en la vida cotidiana de la sociedad por medio de la actividad profesional de sus egresados, vela por la formación de hábitos científicos y por la crea-





Vista general de la Facultad de Enfermería.

ción de estrategias pedagógicas que desarrollen la inteligencia y la creatividad, orientados a la mejora de la vida, el respeto y la dignidad del hombre. Yo tuve la suerte de participar en grupos conformados de Extensión Universitaria en los que profesores de diferentes facultades (Enfermería, Medicina, Salud Pública, Odontología, Nutrición...), alumnos y profesionales egresados trabajan estrechamente y sin ningún tipo de problemas de agravios, recelos, competencias... (a los que tan acostumbrados estamos en nuestro país) en programas de participación e Instrucción Comunitaria. Tengo que destacar que los citados programas de extensión universitaria están muy arraigados y generan una estrecha colaboración de la comunidad en la que la universidad está muy implicada y comprometida, derivados también de la situación social, económica y política del país que impide, coarta o limita el desarrollo de acciones imprescindibles por parte de los poderes públicos.

La Facultad de Enfermería desarrolla como objetivo general de la Universidad de Antioquia la investigación. Para ello cuenta con el Centro de Investigaciones (CIFE) que es una unidad operativa para el fomento de la investigación y en apoyo de la generación de conocimientos para el desarrollo de la práctica de la enfermería, sus teorías, modelos y técnicas, fomentando la investigación con espíritu reflexivo y transformador en los distintos campos del saber en enfermería y en el de la salud, difundiendo el conocimiento producido entre pares y

socializándolo con las comunidades, organizaciones o instituciones objeto de estudio o financiadoras de proyectos.

Actualmente la Facultad de Enfermería desarrolla las siguientes líneas de investigación: salud de colectivos étnicos, dimensión social de las profesiones en salud, práctica de enfermería en el contexto social (Cuidado de enfermería), salud de las mujeres, la sexualidad y la clínica, Políticas sociales y servicios de salud, promoción de la salud.

Desde el Centro de Investigaciones se ofrecen servicios de asesoría y fomento de la investigación al tiempo que suponen el primer nivel de informe de los proyectos para su aprobación, que deben pasar largos y rigurosos procesos evaluativos.

Me gustaría destacar que, en la necesaria implicación que los diferentes profesores de la Facultad tienen que realizar en líneas de investigación, es imprescindible y obligatoria la inclusión de al menos un estudiante de la Facultad en cada uno de los proyectos desarrollados (semilleros de investigación), lo que pone de manifiesto la gran importancia que se le otorga a la investigación.

Por último referir la Revista "Investigación y Educación en Enfermería" que desde la Facultad de Enfermería se edita desde 1977 con periodicidad semestral y una gran calidad.

No me gustaría terminar esta breve descripción sin hacer referencia a un hecho que a mi me resultó anacrónico. Invitado al solemne acto de graduación de la última promoción de Licenciados, me encontré con la sorpresa de que al mismo las nuevas enfermeras van inmaculadamente blancas con vestidos de muy diferente corte, medias y zapatos y tocadas con cofia. Comentada esta circunstancia con las colegas colombianas me indicaron que de momento ha resultado imposible eliminar la cofia por ser entendida y sentida como una señal de identidad enfermera muy arraigada, querida y respetada en la profesión y en la sociedad. En contrapartida a esto tengo que indicar que la sociedad, no tan solo conoce sino que reconoce el prestigio de las enfermeras que, por otra parte, es igualmente reconocido por la comunidad científica, universitaria y profesional, lo que sin duda demuestra que no está en la cofia el problema de la enfermería en nuestro país.]

Desde la FAECAP

Juan Miguel Izquierdo Carrasco

En mayo de hace 2 años, mareado por el vértigo del salto desde mi centro de salud, llegué a la presidencia de la FAECAP. Reconozco que por aquel entonces conocía su existencia, pero no mucho más. Incluso me costó tiempo, y ensayos, hacerme con el baile de siglas de sus sociedades.

Durante un tiempo escuché a Carmen Granda, su anterior presidenta y a todo aquel que me quiso escuchar.

En octubre presenté un proyecto de trabajo ambicioso con varias líneas maestras: la especialidad, el congreso, la formación y la investigación, reforzar la federación...

Con el tiempo, parte de este proyecto se fue llevando a cabo: se creó una magnífica página web que a día de hoy sigue creciendo, se editó un folleto de presentación de la federación, tuvimos un protagonismo en el desarrollo (inconcluso) de la especialidad de Salud Familiar y Comunitaria, hicimos un primer encuentro conjunto con nuestras compañeras de Mallorca y publicitamos un cartel sobre la especialidad.

Viajé a Asturias, a Murcia, a Mallorca, a Tenerife, a Sevilla, y Madrid y todavía espero ir a Igualada el mes que viene. Y en cada "puerto" encontré gente maravillosa comprometida con la enfermería comunitaria.

Desde el principio, gran parte de la ilusión era dar forma al primer Congreso de la FAECAP (que después llamamos Congreso Nacional de Enfermería de Salud Familiar y Comunitaria) a celebrar junto con la sociedad andaluza en mi tierra de acogida: Málaga.

Es posible que cuando estas líneas lleguen a vuestras manos, el congreso ya haya concluido y podáis juzgar si el esfuerzo (mucho y de mucha gente) ha merecido la pena.

No todo fue bien, FAECAP es una realidad muy compleja, donde a veces se confunden proyectos e intereses personales, y donde os aseguro, no es cómodo estar a la cabeza. A veces llueve tanto que no sabes ni por donde te vienen...

La especialidad, sin duda el objetivo más prioritario, vio un desarrollo vertiginoso para detenerse en seco a raíz del cambio en el ministerio. Y aunque se mantiene el compromiso, pues así nos lo recuerdan periódicamente, hay que reconocer que hoy por hoy está parado. Tal vez haya pasado ya el tiempo de cortesía y es el momento de preguntar por qué no sale el Real Decreto, y de hacer algo más si la respuesta no nos convence.



Otro proyecto que no ha podido materializarse es la creación de una revista científica en el ámbito de la enfermería comunitaria.

Muchas otras cuestiones estuvieron en nuestra agenda: la licenciatura, la plataforma para la correcta definición del término enfermero, el proyecto NIPE, el ingreso en el Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo. Hay incluso un grupo de personas reflexionando sobre el futuro de nuestra federación.

Supongo que seré un ingenuo optimista, pero pienso que el congreso será un éxito sonado y que nos traerá de la mano, la revista, y que pronto la especialidad de Salud Familiar y Comunitaria será una realidad. Pero esto será con nuestro próximo presidente.

Solo una cosa más: Gracias a Luis, Fernando y Fernanda, Gálata, Gonzalo, Jorge y Paqui, a Isolina y Carlos, a M^a Antonia, Susana, y Xisca, a José Luis y Sole, a Rosa, a todas la Carmenes, a Raúl, Marisa, Mari Carmen, Diego, Juan, Felisa.

Gracias y mucho más a Elvira que hizo realidad la página y mucho más, a Gracia que fue el bálsamo de mis heridas, a Ángel que guió mis pasos y a Eugenio que siempre, siempre me apoyó en todo.

II Congreso para Enfermería

Consolidando nuestra identidad

Jordi Gibernau

Profesionales de toda España se han dado cita en Barcelona durante los días 7 y 8 de noviembre con motivo del 2º Congreso para Enfermería organizado por la Associació Professional d'Infermeria del hospital de la Santa Creu y Sant Pau y con la colaboración de la dirección del centro.

Durante la inauguración D^a. Imma Mayol, concejala de Salud Pública del Ayuntamiento de Barcelona, expuso de forma clara, concisa y emotiva la importancia de la enfermería en el sistema sanitario.

TEMAS TRATADOS

En el transcurso del congreso se han intercambiado conocimientos, discutido y revisado la situación actual de la enfermería, presentándose gran variedad de temas relacionados directamente sobre la profesión tanto en comunicaciones como en ponencias:

- Enfermería en la sanidad pública y en la sanidad privada.
- Riesgos laborales en enfermería. Ley de prevención de riesgos laborales.
- Investigación en enfermería.
- Papel de la enfermera en la educación sanitaria.
- Bioética en enfermería asistencial (testamento vital, multiculturalidad.).
- Expectativas de futuro: especialidades y licenciatura.
- Carrera profesional.
- Evolución de la carrera profesional de la enfermería en Portugal.
- Enfermería ante la ley. Intrusismo profesional.
- Licenciatura. Especialidades.

PREMIOS

Por otro lado, como en el congreso anterior la Associació Professional d'Infermeria Sant Pau, concedió los premios a la mejor comunicación y al mejor póster:

Premio a la mejor comunicación: "Trabajando para el futuro" de Miguel Flores González; y premio al mejor póster: "Proyecto de un programa de enfermería: Atención familiar en Salud Mental" de José González Varea

CONCLUSIONES

Durante el acto de clausura el Comité Científico dio lectura a las conclusiones del congreso elaboradas a partir de las ponencias (www.apisanpau.com):

- Se ha constatado tanto en ponencias como en comunicaciones la importancia de la educación

para la salud en nuestro rol propio, permitiéndonos llegar a diferentes grupos sociales como escuelas, familia, etc.

- Creemos que es fundamental y urgente dar a conocer a la población cuál es nuestro papel y contribución a la salud.

- Hay recursos y voluntad política para apoyar la investigación en enfermería. Debemos pensar que seremos autónomos en la medida en que seamos capaces de generar los conceptos que definen nuestra propia profesión.

- Sabemos cuidar pero no cuidarnos, la ley de riesgos laborales está a nuestro favor. Seamos conscientes de ello y empecemos a actuar.

- Estamos entrando en una ética clínica basada en valores. Las voluntades anticipadas son una muestra de ello:

- respeta los deseos individuales de la persona.
- une al equipo que lo atiende.
- disminuye la angustia de todos.

- Librarnos de nuestros prejuicios y ser capaces de mirar, escuchar y respetar a la persona que tenemos delante, son instrumentos para conseguir nuestro fin: ser profesionales en el ámbito multicultural.

- La enfermería se tiene que implicar si no quiere retroceder. Llegar hasta aquí no ha sido fácil ¿Por qué tenemos miedo a ejercer nuestro poder?

- Si toda la Enfermería tuviera una promoción profesional, sería más fácil llegar a tener nuestra Carrera Profesional.

- Hemos de abrir nuestra mirada hacia otros países, el conocimiento y el intercambio nos aportarán elementos de crítica, mejora y progreso.

- Hemos de trabajar para definir bien nuestras funciones, sólo así evitaremos el intrusismo y obtendremos el valor moral y deontológico para denunciarlo.

- Somos el motor de la Sanidad. ¡PONGÁMONOS EN MARCHA!

Por todo lo que hemos compartido, decimos:

GRACIAS

Por todo lo que ha de venir, decimos:

SI

Os damos las GRACIAS por la oportunidad de poder compartir este espacio de reflexión. De todos nosotros depende que este y otros proyectos tengan continuidad para que la enfermería no de la espalda al futuro que se merece.]

Prioridades europeas y su impacto en la práctica

Patricia Moreno Pina

Del 21 al 23 de noviembre pasados se celebró en Madrid este encuentro organizado por el Instituto de Salud Carlos III que reunió a más de 200 enfermeras de toda Europa y también de algunos lugares de Iberoamérica, con el fin de compartir y conocer cuáles son las prioridades en cuanto a la investigación enfermera. También se pretendió dar a conocer los resultados en investigación de los estudios europeos relacionados con los cinco temas propuestos para las mesas redondas.

A grandes líneas, los temas debatidos en este VI Encuentro han sido: interculturalidad y cuidados enfermeros, investigación en cuidados y género, y estado actual y perspectivas de la investigación en enfermería en el ámbito internacional.

PONENCIAS Y MESAS REDONDAS

Las mesas redondas trataron temas en torno a la promoción de la salud en la infancia y en la adolescencia, intervenciones enfermeras para el manejo del dolor, gestión de cuidados y su continuidad entre niveles asistenciales, cuidados enfermero a personas mayores y atención domiciliaria, y una aproximación a la situación de la atención domiciliaria en Europa.

En la primera mesa, Carmen de la Cuesta examinó las intervenciones en promoción de la salud dirigidas a jóvenes, las cuales “tendrán que tener en cuenta sus modelos explicativos (los de los jóvenes y adolescentes, que no son los mismos que las de los adultos)”. Por esto la promoción de la salud necesita de estudios cualitativos que tengan en cuenta la cultura de la población a la que va dirigida, “y es aquí dónde estriba en gran medida la efectividad de dichas intervenciones”.

Respecto a la gestión de los cuidados y su continuidad entre niveles, M^a Dolores Izquierdo Mora, presentó la evaluación realizada en el Servicio Canario de Salud de una propuesta de mejora de la Atención Domiciliaria en Atención Primaria de Salud: la enfermera comunitaria de enlace. Durante su exposición demostró cómo esta figura, nexo de unión entre el sector salud y el sector socio sanitario, mejora la atención de estos pacientes y cómo se obtuvieron mejoras en cuanto a la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) por parte de las cuidadoras.

Otra mesa fue dedicada a los cuidados enfermeros a personas mayores y a los modelos y nuevas

tecnologías en atención domiciliaria, en la que nuestro compañero Gonzalo Duarte Climents realizó una aproximación a la situación europea de la atención domiciliaria. En primer lugar nos presentó la dimensión del problema: envejecimiento, más incapacidades y nuevas enfermedades, incorporación de la mujer al trabajo, nuevas tendencias en la atención hospitalaria y dependencia económica de las personas mayores. En segundo lugar, cómo están organizados en la actualidad estos servicios, y por último la evidencia de la necesidad de investigar para guiar la evaluación de los servicios socio sanitarios para hacer frente a los cambios previstos.

Pero tal vez, una de las conferencias que más interés despertó fue la conferencia de clausura de este encuentro “Investigación en cuidados y género, los cambios sociales y su reflejo en la relación entre las familias y el Sistema Sanitario”, que corrió a cargo de la Dra. M^a Ángeles Durán, catedrática de sociología. Partiendo de su visión personal de cómo se establecía esta relación hace cincuenta años, expuso los cambios sociales que se vienen produciendo en nuestra sociedad y cómo estos afectan a la relación entre las familias y el sistema sanitario.

Tanto las ponencias como los trabajos de investigación (comunicaciones orales y pósteres) presentados en este encuentro, se encuentran disponibles en la página de INVESTEN en la red:

www.isciii.es/investen/



“La informatización permitirá ejercer tareas de verdadera prevención y promoción de la salud.”

Marta González Pisano, enfermera en atención primaria

Ana González Pisano

Desde que se han transferido las competencias en materia de salud, Asturias ha hecho una apuesta clara y contundente en aras de mejorar la calidad de atención y la formación de sus trabajadores de atención primaria, un esfuerzo en red que implica de forma muy directa a la enfermería de atención primaria y que se apoya en las sociedades científicas.

Marta González Pisano es enfermera de un centro de salud, miembro activo de la SEAPA, y forma parte de la comisión OMI-Planes que se está poniendo en marcha.

Por eso me pareció importante entrevistar de primera mano a una enfermera que está viviendo este cambio tan de cerca.

AG. ¿Cómo se está articulando el cambio en el Principado de Asturias?

MG. Desde mi visión y percepción de enfermera del día a día en una consulta de atención primaria de salud, hay varias cosas que suponen un cambio cualitativo perceptible desde las transferencias sanitarias, y que a mi juicio favorecen, motivan e incentivan a los compañeros en la actualidad.

Lo primero es la PARTICIPACIÓN. La preocupación creciente de que, todos y cada uno, formemos parte de grupos de trabajo, de debate, de consenso, desde todos los estamentos y de forma voluntaria para cada inquietud profesional. Verse implicado y valorado en cualquiera de los muchos procesos y proyectos de la atención primaria, considero es una buena estrategia motivadora y dinamizadora en los equipos.

Lo segundo es la FORMACIÓN CONTINUA. Es clara la apuesta del Servicio de Salud del Principado de Asturias por aumentar y favorecer la formación de los trabajadores de la atención primaria. Primando la formación para desarrollar adecuadamente los grupos de trabajo de los que hablé, y posibilitando la equidad de los recursos formativos entre los profesionales.

Lo tercero es la UNIFORMIDAD. La estrategia de desarrollar la formación, la informatización, el acceso a materiales y recursos de la forma más uniforme

posible para todos los profesionales del Principado, sea cual sea la zona geográfica donde trabajen.

Ligada a la uniformidad de las acciones en el Principado está la INFORMATIZACIÓN del 100% de las consultas de atención primaria, y con ella de la aplicación informática OMI en la misma. Dentro del OMI, se está introduciendo el OMI-Planes de Cuidados, herramienta de desde mi punto de vista puede y debe ser facilitadora de cuidados de calidad, pues utiliza la metodología y el proceso enfermero como modo primordial del registro del trabajo enfermero.

Mi visión es positiva, el esfuerzo desde las gerencias por desarrollar la “carrera profesional” (ligada a satisfacción personal, aumento de responsabilidad, percepción de éxito...), es notorio. Pero, ni todo es eterno, ni nadie nos regala nada. Es obvio que nos esperan unos años de trabajo y desarrollo profesional para poder ofrecer cuidados de calidad a la población, de gran valor social para poder identificarlos con nuestra profesión, para que dichos cuidados sean los que sienten las bases de las futuras estrategias que hacia enfermería surjan en los años venideros.

AG. ¿Me puedes explicar algo más del OMI-Planes de Enfermería?

MG. Por supuesto. OMI, es una herramienta que está basada en bases de datos. En concreto, en enfermería, las bases son las utilizadas en el Proceso de Atención de Enfermería: Valoración por Patrones funcionales de M.Gordon, Taxonomía Nanda II, Taxonomía de Objetivos/Resultados (NOC) y Taxonomía de Intervenciones y actividades (NIC).

La integración del OMI-Planes de Cuidados en la Historia Clínica del paciente, no sólo facilita el trabajo con nuestros compañeros, sino que puede significar un notable aumento del registro metodológico de nuestra actividad profesional, aumentando la calidad de nuestros cuidados de forma cuantitativa y cualitativa.

Al mismo tiempo, la informatización de las consultas de enfermería, favorecerá la desburocratización de las mismas, pudiendo distribuir los tiempos



Entrevista

de trabajo, aumentando su aprovechamiento y enfocándolos hacia tareas enfermeras que engloben a sectores poblacionales tan descuidados en la actualidad, como los jóvenes, las mujeres trabajadoras...

Permitirá evaluar la carga de trabajo que realizamos, y que ha llenado de crónicos nuestras consultas, imposibilitando ejercer tareas de verdadera prevención y promoción de la salud. Por supuesto, éstas son mis expectativas, y mis pensamientos. Creo que el OMI es un mero instrumento, y que sin duda, de su uso adecuado o no, se obtendrán diferentes resultados que marcarán las bases del futuro reciente de la enfermería Asturiana. Tenemos todo un apasionante reto en nuestras manos.

La integración del OMI-Planes de cuidado en la historia clínica puede significar un notable aumento del registro

AG. ¿Por qué buscó el Servicio Asturiano de Salud el apoyo en las sociedades científicas?

MG. Pues supongo, que en su ánimo de animar a la participación, y buscar el consenso, las sociedades son grandes exponentes del sentir de los colectivos. Son la esencia de la búsqueda de los principios de solidaridad y buen hacer profesional, del avance y de la búsqueda de conocimientos cien-

tíficos; atemporales, apolíticas, colectivos de personas que voluntariamente trabajan para el crecimiento profesional. Contar con ellas, forma parte (a mi entender), de los principios que guían las líneas actuales de la Sanidad en Asturias.

AG. ¿Crees que tanto esfuerzo podría salir perjudicado con la oferta de consolidación de empleo?

MG. Yo creo que sí. El esfuerzo formativo actual es muy grande. Las enfermeras que en la actualidad forman parte de las consultas de atención primaria, han recibido y van a actualizar conocimientos en la aplicación informática, y en concreto en OMI-Planes de Enfermería, y en metodología enfermera.

Con la incorporación de las enfermeras que viene del hospital, yo me pregunto ¿Habrà que reiniciar todo el proceso formativo de nuevo? ¿Quedarán recursos económicos para hacerlo?

AG. ¿Qué pasa con todas las enfermeras interinas que están formadas en la actualidad, y que con muchas posibilidades se incorporarán en la atención especializada?

MG. Está claro, que existe un gran vacío que va a enlentecer considerablemente el proceso del que antes hablaba.

AG. ¿Te gustaría añadir algo más?

MG. Me gustaría resaltar a todos los compañeros, la importancia que en este momento de transferencias juega nuestro colectivo. Nuestra unión, nuestro esfuerzo y nuestras líneas comunes de trabajo orientadas a resolver los problemas de salud de nuestros usuarios con cotas cada vez más altas de calidad, harán que sea la población la que reconozca en nosotros los verdaderos proveedores y artífices de favorecer ese tan preciado don que es **EL CUIDADO.**





Nunca Mais

Manuel Mañá González

Desde el trece de noviembre Galicia está viviendo dos mareas: una que transporta la destrucción de una buena parte del ecosistema de nuestras costas y otra que expresa -en las playas, en las calles y en el mar-, la dignidad colectiva de un cuerpo social vivo y creativo. Los gallegos estamos sufriendo la mayor catástrofe de nuestra historia. Nuestro pueblo llora por el asesinato del mar, de las costas, de los paisajes, de los parques naturales, y del medio de vida de tantas gallegas y gallegos. Algo de todos nosotros muere con cada una de las mareas negras. El corazón de Galicia late a muerto. Pero si podemos sacar algo positivo de esta catástrofe es que ha desencadenado una corriente solidaria sin precedentes, despertando la participación de la comunidad, que se manifestó con una marea blanca de voluntarios que llegó a Galicia por tierra, mar y aire de todos los puntos de la geografía. Frente a los errores de unos y la irresponsabilidad de otros, la ciudadanía responde rompiendo las olas con sus manos, arañando las rocas con sus uñas.

Diario de un héroe anónimo:

Una mañana cualquiera me acerqué a una oficina de Tragsa para apuntarme como voluntario. "Llame usted al teléfono que hay para eso", me contestaron. Me pareció ridículo, pero lo hice diligentemente, y me informaron que me presentase en el puerto a las 9.30h. de la mañana, donde se organizan los grupos y se les da un destino a cada uno. Ese día éramos pocos, cuatro personas. Nos metieron en un camión militar y nos enviaron a Morelo, una cala de Laxe. La marea está subiendo y la espuma estalla furiosa contra las rocas. "Contar nueve olas y después viene la grande. Siempre es así", dice la regla de bolsillo que los percebeiros proporcionan a los forasteros de secano para no verse enterrados por la décima ola traicionera. Armado con unos guantes de goma y una mascarilla de papel, lleno de fuel hasta las pestañas así terminé el día. Todo está más limpio pero sé que mañana, pasado y al otro, volverá a estar teñido de ese negro asesino. Parece que, el fin de semana traerá la marea blanca de vuelta a las calas negras de Laxe. Un marinero nervioso nos dice "llegará un grupo de Barcelona, otro de Jaén y dentro de unos días vendrán unos de Francia".

Por vez primera los gallegos nos revelamos contra nuestras costumbres. "El gallego no protesta,



emigra", célebre frase de Castelao que será sustituida en el s. XXI, por un Nunca Más... cargado de rabia y dignidad.

Desde Galicia reclamamos más solidaridad que no debe confundirse con la compasión o la caridad. Existen otras formas de solidaridad diferentes del voluntariado y no menos necesarias. Cada vez que compramos mejillones, estamos apoyando a los "bateiros" que con sus manos y sus barcos consiguieron salvar a las Rías Baixas de la contaminación. Comprando pescado gallego mantenemos viva la esperanza de un sector: el pescado que llega a los mercados está en perfectas condiciones, no olvidemos que la mayor parte procede de caladeros internacionales como el Gran Sol o Terranova. Comprando, en general, productos de Galicia para que de alguna forma se pueda compensar desde otros sectores productivos los daños que ha sufrido el sector pesquero y marisquero. Pero también se puede ser solidario con Galicia planificando las vacaciones. Las playas en las Rías Baixas están a salvo de la contaminación, el turismo verde de interior a través de la Red de Casas rurales, nuestros Balnearios, nuestras playas fluviales, el camino de Santiago, las romerías... Pero sobre todo se puede ser solidario con Galicia y con los demás territorios afectados, conservando vivo en el recuerdo lo que pasó y lo que sigue pasando en nuestro mar a pesar del apagón informativo, y exigiendo permanentemente desde cualquier ámbito NUNCA MÁS.]



Dar la vida

Érase una vez, un lejano paraje de sol y de paz, en el que se hallaba un escritor de nombre Cronom que vivía junto a un pequeño poblado de pescadores. Su vida era tranquila, y a nadie escapaba que Cronom gozaba del respeto y la estima de amigos y vecinos. Y como quiera que era amante de los silencios y la contemplación de la naturaleza, todas las mañanas, al amanecer, caminaba por la orilla del mar, observando el disco solar que pleno de vida y fuerza le enviaba las más bellas inspiraciones que, luego él convertía en pensamientos y palabras escritas.

Un día como otros paseando por la playa divisó a lo lejos una joven que por sus movimientos parecía bailar sobre la orilla. Poco a poco conforme se fue acercando, comprobó que se trataba de una hermosa muchacha que recogía estrellas de mar halladas en la arena y, las devolvía con gracia y ligereza al océano.

"¿Por qué hace eso?" Preguntó el escritor un tanto intrigado.

"¿No se da usted cuenta?" Replicó la joven. "Con este sol de verano, las estrellas se secarán y morirán, si se quedan aquí en la playa."

El escritor no pudo reprimir una sonrisa: "Joven, existen miles de kilómetros de costa y centenares de miles de estrellas de mar... ¿Qué consigue con eso? Usted solo devuelve unas pocas al océano"

La joven tomando otra estrella en su mano y mirándola fijamente, dijo: "Para ésta ya he conseguido algo..." dijo lanzándola al mar. Al instante dedicó una amplia sonrisa y siguió su camino.

Aquella noche el escritor no pudo dormir...

Finalmente cuando llegó el alba, salió de su casa, buscó a la joven a lo largo de aquella playa dorada, se reunió con ella y, sin decir palabra, Comenzó a recoger estrellas y devolverlas al mar.





<GREENPEACE- ESPAÑA> www.greenpeace.es

Hace 32 años doce personas, inspiradas en los ideales de la paz y de una sociedad libre y en armonía con la naturaleza, conseguían que el gobierno estadounidense pusiera fin a las pruebas nucleares en Amchitka, convertida hoy en una reserva ornitológica. Habían dado con la clave de una estrategia que continúa siendo válida y que consiste en ir al lugar donde se produce una agresión al ambiente y convertir, en testigo a la opinión pública. Había nacido Greenpeace.

La caza de ballenas (1975) y las matanzas de bebés foca (1976) fueron los siguientes objetivos. Hoy los problemas ambientales son más complejos. Por ello, y entendiendo que la Educación Ambiental juega un papel muy importante en la mejora de las relaciones humanas con su medio, G-E cuenta con un proyecto educativo en el que se desarrollan:

- red de "escuelas solares", a la que pertenecen más de 300 centros educativos de todas las comunidades autónomas;
- campamentos de verano para niños;
- campo de trabajo ambiental para adultos
- proyecto de Educación Ambiental Marino-Litoral Greenpeace VI-Zorba.

<AMNISTÍA INTERNACIONAL> www.a-i.es

No han matado a nadie. No han preconizado la violencia. Sin embargo, están en la cárcel, a menudo durante largos años. Su delito: haber expresado ideas políticas o religiosas que no son del agrado del poder establecido, pertenecer a un grupo étnico perseguido, hablar una lengua mal vista por las autoridades, ser de otro color... Amnistía Internacional lucha para que estos hombres y mujeres no se conviertan en presos olvidados, y exige su liberación. A-I trabaja en pro del respeto de los derechos huma-

nos proclamados en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en normas internacionales. Promueve la observancia de todos los derechos humanos, con actividades de concienciación pública y otras acciones. Las Áreas de trabajo de A-I en España son: defensores de los derechos humanos, educación en derechos humanos, minorías sexuales, mujeres y pena de muerte.

A-I es independiente de todo gobierno, ideología política o credo religioso.

<MÉDICOS DEL MUNDO> www.medicosdelmundo.org

"Combatimos todas las enfermedades, incluida la injusticia". Así se presenta esta asociación de solidaridad internacional, independiente, regida por el derecho fundamental a la salud y a una vida digna para cualquier persona. Sus objetivos son: ayudar en el ámbito de la salud a las poblaciones más vulnerables en situaciones de crisis humanitarias provocadas por guerras o catástrofes naturales y en situaciones de pobreza en aquellas zonas de más bajo desarrollo humano del planeta y atender a las personas desprotegidas de su entorno social.

Sus intervenciones se acompañan de la denuncia de los atentados contra los derechos humanos, enfocándolos en las trabas al acceso a la asistencia sanitaria. Médicos del Mundo trabaja tanto en el campo del Tercer Mundo (proyectos para disminuir el VIH, la tuberculosis, mejorar la salud sexual y reproductiva de la comunidad, incrementar la capacidad de la comunidad beneficiaria para mejorar su estado de salud de forma sostenible en el tiempo, incrementar la cobertura y la calidad de los servicios públicos de salud, capacitar a una comunidad para hacer frente a posibles desastres naturales, y proyectos de emergencia para disminuir la morbi-mortalidad de la población afectada por las catástrofes naturales o provocadas por el hombre), como del Cuarto Mundo (prestando a los excluidos sociales atención sanitaria y social, promoviendo su salud, desarrollando actividades de sensibilización y denuncia en defensa de los derechos humanos...). En Médicos del Mundo colabora todo tipo de profesionales, no sólo sanitarios.



Agenda

Jornadas y Congresos

- **III Reunión de Invierno de la AEC. "Enfermería, cuidados y comunidad"**
Tudela, 3 - 4 de Octubre de 2003
Tel. 948844560 Fax. 9488462
jecascan@cfnavarra.es
[www.enfermeriacomunitaria.org/actividades/ III Reunion_AEC/index.html](http://www.enfermeriacomunitaria.org/actividades/III_Reunion_AEC/index.html)
- **Simposium Internacional de Enfermería Comunitaria. Community Nursing Research in Context: International Perspectives**
Bekrshire, 3-4 de Septiembre de 2003
icchnr@hotmail.com
icchnr.users.btopenworld.com
- **VI Conferencia de Salud Rural. Salud Rural en un mundo cambiante**
Santiago de Compostela, 24-27 de Septiembre de 2003
congresos@semfyc.es
<http://www.ruralwonca2003.net/>
- **IV Jornadas de Trabajo AENTDE. Integrando NANDA, NOC y NIC**
Barcelona, 24 - 25 de Octubre de 2003
Tel. 93 4035731. Fax. 93 4024216
aentde@hotmail.com
[http://leo.worldonline.es/aentde/IV-jornada /index.htm](http://leo.worldonline.es/aentde/IV-jornada/index.htm)
- **XI Colloquium Cochrane. Evidencia, Atención Sanitaria y Cultura**
Barcelona, 26 - 31 Octubre 2003
Tel. 93 5101005 Fax. 93 5101009
congresos.barcelona@viajesiberia.com
- **II Congreso Internacional sobre discapacidad y envejecimiento**
Asturias, 5 - 8 de Noviembre de 2003
Tel. 985 224479. Fax. 985 217129
fasad@asturias.com
- **X Jornadas de Información y Documentación en Ciencias de la Salud. "Gestión del Conocimiento y Bibliotecas de la Salud"**
Málaga, 13 - 15 de Noviembre de 2003
mvictoria@uma.es
www.jornadasbibliosalud.net
- **XVIII Conferencia Mundial de PdS y EpS. Valuing diversity reshaping power: exploring pathways for health and wellbeing**
Melbourne, 25-29 de Abril de 2004
2004wchphe@vichealth.vic.gov.au
www.health2004.com.au

Cursos

- **Postgrado Universitario en Cuidados de Enfermería**
Universidad de Barcelona. 200 horas. A distancia
www.e-rol.es
- **La familia como recurso básico de la salud**
ENS 20h. 15-17 Octubre 2003
secretaria.cursos@isciii.es
www.isciii.es/ens
- **Prevención y Atención a la Violencia de Género.**
ENS 30horas. 17-21 Noviembre 2003
secretaria.cursos@isciii.es
www.isciii.es/ens
- **La Población Inmigrante en la Atención Primaria: Infecciones. Trópicos y Salud en la Inmigración.**
ENS 36h. 3-7 Noviembre 2003
secretaria.cursos@isciii.es
www.isciii.es/ens

Premios

- **II Premio CECOVA de Investigación en Enfermería**
Hasta el 1 de Septiembre de 2003
secretaria@enfervalencia.org
www.enfervalencia.org
- **Premios Metas de Enfermería 2003**
MEJOR TRABAJO DE INVESTIGACIÓN hasta el 30 de Septiembre de 2003
info@enfermeria21.com
[http://enfermeria21.com/premiosmetas/ premios.htm#1](http://enfermeria21.com/premiosmetas/premios.htm#1)
- **VI Edición de los Premios SEEI -2003-**
Hasta el 15 de Octubre de 2003
premios@seei.es
www.seei.es
- **VIII Certamen de Relatos Breves "San Juan de Dios"**
Hasta el 31 de Octubre de 2003
sanrafael@euef.upco.es
www.upco.es



Lilian Wald, nace la Enfermería Comunitaria (I parte)

Francisca Anaya Cintas / Estela Zurita Anaya

En las últimas décadas la producción histórica en enfermería se ha visto incrementada de manera considerable. Textos como los de de Eseverri, Domínguez-Alcón, Siles, Hernández Conesa..., o la labor de la Asociación de Historia de la Enfermería en España, Hiades, etc... no sólo lo confirman sino que resultan fundamentales y necesarios en nuestra profesión para saber de dónde venimos, dónde estamos y también plantearnos hacia dónde queremos ir. Pero ¿qué hay de nuestra historia más reciente? Me refiero a la de las enfermeras comunitarias que pusieron en marcha los cimientos de aquello que un día supondría un nuevo modo de hacer y de cuidar a la población... Sin menoscabar la labor realizada por Rathbone junto a Florence Nightingale, en la tarea de formar enfermeras para trabajar en la comunidad, una mujer, una enfermera americana, destaca en la más reciente historia de la enfermería comunitaria: Lillian Wald, "la Señorita Libertad de la Lower East Side", la mujer de los mil nombres, conocida por muchos y poderosos títulos por compañeros del settlement, emigrantes, vecinos, inmigrantes, amigos progresistas, oficiales y líderes políticos.

Siguiendo la definición de Antón Nardiz sobre la Enfermera Comunitaria, "aquella que conoce las necesidades de cuidado de salud de la población, posee los conocimientos científicos, las habilidades técnicas y la actitud apropiada para proveerlos a individuos aislados, en familia, o en otros colectivos allá donde viven, donde trabajan o donde se relacionan, o en los centros sanitarios cuando fuera preciso desde una concepción de la enfermera como miembro de un equipo profesional, de un equipo interprofesional, que trabaja en coordinación con otras instituciones y abierta a la participación comunitaria", podemos afirmar que Lillian Wald, llevó a cabo todo esto y mucho más, desarrollando así la enfermería comunitaria...

LOS ORIGENES

El 10 de Marzo de 1867 nace Lillian Wald en Cincinnati, aunque pasará la mayor parte de su infancia



Ilustración: © Estela Zurita Anaya

en Nueva York. De padre alemán y madre polaca, es la tercera de cuatro hermanos. Su infancia, privilegiada y feliz, no indica que una urgencia religiosa, o un sentido de la misión, o la empatía por los pobres u oprimidos fueran factores importantes en su decisión de entrar en el mundo de la enfermería. Con una vida segura y confortable, Wald decidirá estudiar enfermería inspirada por los esfuerzos de una enfermera que cuidó a su hermana enferma. Su elección por la recién estrenada profesión fue la expresión de su descontento con el papel tradicional de las mujeres de la época y el medio de escapar del rol que estaba escrito para éstas en el siglo XIX. Por otro lado, hay que tener en cuenta que la enfermería profesional no era considerada entonces como un campo aceptable para señoritas distingui-



「originales」

das y estaba sólo en el principio de su proceso de reconocimiento como profesión. A pesar de ello, el 20 de Agosto de 1889 Wald ingresa en la "NY Hospital School of Nursing".

BAUTISMO DE FUEGO

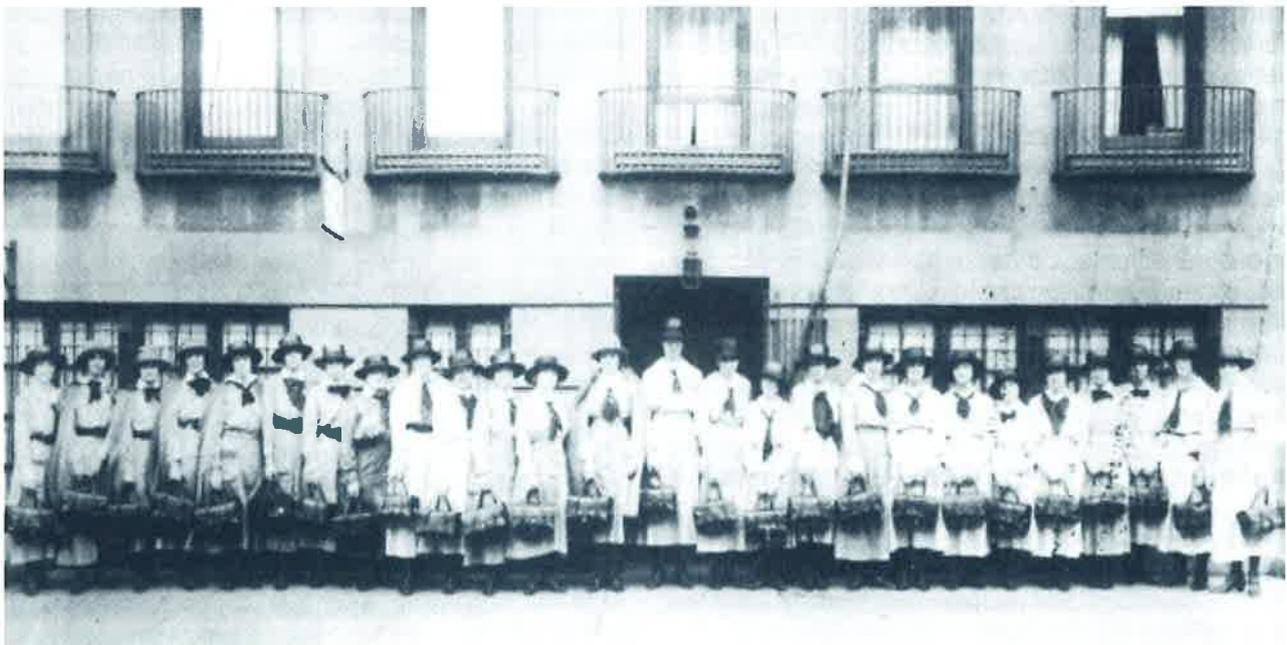
Tras graduarse, trabaja durante un año en un orfanato de NY, pero queda profundamente decepcionada al descubrir la pobreza institucionalizada y el desprecio de los médicos hacia las enfermeras. Tras esta experiencia es seleccionada para impartir un curso de enfermería en un edificio de la calle Henry pero pronto comprendió las necesidades de la gente y lo modificó por la instrucción básica en mantenimiento del hogar e higiene. "Su bautismo de fuego", como así lo describió, llega durante una lluviosa mañana de marzo, en la que una niña pequeña conduce a Lillian Wald hasta la casa en la que su madre enferma, se encuentra: "Fuimos entre el asfalto resquebrajado, colchones sucios y desechos. Las casas estaban llenas de porquería... Creo que no conseguiría describir el lugar, la apariencia, el fuerte olor... Había dos habitaciones y no sólo vivía allí una familia de siete personas sino que compartían sus cuartos con otros inquilinos". Tras limpiar las habitaciones, Wald hizo que la mujer se sintiera cómoda y entonces dio de comer a los niños... Aquel mismo día abandonaría el curso: el recorrido hasta llegar a la casa de la pequeña, la visión de todas las posibles relaciones económico-sociales y la justificación para la enfermedad, parecían representarse en dicha jornada. En aquel momento, Wald junto a una amiga de la escuela de enfermería, Mary Brewster, se traslada a este vecindario, al Lower

East Side de Manhattan, donde alquilan un ático y con la que iniciará su trabajo como educadoras en cuidados básicos y economía doméstica. Dos años después, en 1895, se trasladarían definitivamente al 265 de la calle Henry. En poco tiempo atraería a un poderoso grupo de excelentes enfermeras que avanzarían digna y profesionalmente consiguiendo sueldos justos, reconocimiento social, respeto e independencia para las enfermeras.

THE HOUSE ON HENRY STREET

El Centro de la calle Henry se fundó en 1893 siendo uno de los primeros Settlements de América que iniciaron su andadura después del desarrollo del primero en Inglaterra. Wald sin conocimientos de los otros Settlements y por iniciativa propia comenzó su trabajo sumergiéndose de lleno en la acción. El "Nurse's settlement", como era llamado, fue el primer centro de enfermería público en el mundo de acceso a todas las personas sin distinción raza, sexo, edad o religión. El centro de la calle Henry evolucionó por encima de las líneas de otros fundados para los pobres en las últimas dos décadas del siglo XIX. La institucionalización del mismo no se produciría hasta 1903: Wald se resistía a ello ya que pensaba que los Settlements se crearon para crear un gran impacto sobre las instituciones que los rodeaban no para convertirse ellos mismos en instituciones.

El "settlement de las enfermeras" amplió sus actividades desde el vecindario local al resto de la ciudad incluida la capital de la nación: cuando los problemas en el vecindario requerían soluciones a largo plazo, las líderes del centro recurrían al ayuntamiento, al congreso e incluso al Presidente de los





EEUU. Aunque Wald alcanzó el reconocimiento. Sus esfuerzos siempre estuvieron basados en la creencia de que el mundo era simplemente una versión más amplia del vecindario culturalmente diverso. Los trabajadores del Settlement entendieron perfectamente la conexión entre las condiciones de miseria que les rodeaban y la necesidad de reforma social. Con Lillian Wald como coordinadora, los programas proliferaron: los servicios comunitarios y el impacto de estos sobre el cambio social fue más que evidente. Las relaciones con la comunidad siempre incluirían la ciudad, el estado y el país..

Su creación más exclusiva, además del Settlement, aunque no la única, fue el Visiting Nurse Service, el cual se convirtió en un modelo a seguir por el resto de centros similares en América y en el resto del mundo.

ENFERMERÍA DE SALUD PÚBLICA

Wald tenía claro desde sus comienzos que sin el reconocimiento de la importancia de los factores sociales, el sistema de atención domiciliaria no podría ser establecido de forma sólida. Por ello planea la creación de un servicio que tenga en cuenta una mayor dignidad e independencia para los pacientes. Consideraba que el servicio hasta entonces desarrollado era de lo más indeseable por su conexión con la institución religiosa y la asignación exclusiva de una enfermera para el médico. Los planteamientos acerca de cómo el servicio debe ser proyectado es muy claro: "la enfermera debe estar preparada tanto para las posibles llamadas de los propios enfermos como del médico en cuestión y aceptar llamadas de todos los médicos sin papeleo o formalidades". Los honorarios variarán según los

recursos de los pacientes pudiendo ser incluso nulos. Prácticamente enseguida encontrarán pacientes que necesitan de sus cuidados, y médicos dispuestos a aceptar sus servicios.

El equipo del centro pasó de 2 enfermeras, a ser lo suficientemente grande como para atender las necesidades de cualquier enfermo en las cercanías de Manhattan y el Bronx llegando a atender 1100 pacientes nuevos en el periodo de 1913-1914, más que el total de los tratados en los grandes hospitales de Nueva York en ese mismo periodo. En 1917 el equipo estaba formado por 314 enfermeras que proporcionaban cuidados a cerca de 33000 personas. El servicio cubría una gran extensión de territorio dividido en distritos con equipos separados. Su organización era original: para una mejor administración dividió los vecindarios en territorios y éstos a su vez en distritos.

Las enfermeras del "settlement" contaban con un sistema de notas de cabecera, archivos de casos y protocolos. Las historias abiertas por éstas permitieron realizar estudios comparativos entre los cuidados hospitalarios y los domiciliarios. Sus archivos mostraron cómo los cuidados proporcionados por el equipo de Henry Street a niños menores de 2 años con neumonía presentaban una tasa de mortalidad de un 9'3% mientras que en cuatro hospitales grandes de Nueva York era del 51% en uno y del 38% en el resto.

Wald acuña en 1893 el término de Enfermera de Salud Pública para las enfermeras que trabajan fuera de los hospitales en comunidades pobres como en las burguesas, término que ha ido evolucionando hasta convertirse en la década de los setenta en Enfermera Comunitaria. El concepto de enfermería de salud pública de Wald se expande desde entonces por todo el mundo.

BIBLIOGRAFIA

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



La comunicación, herramienta para lograr la excelencia en enfermería

Gracia Álvarez Andrés

Desde la perspectiva de lograr la excelencia en el desarrollo de la profesión de enfermería, nos hemos planteado que la comunicación es una herramienta de gran valor. A lo largo de éste artículo intentaremos argumentar el porqué. Hablaremos primero de en qué consiste la actividad de las enfermeras acercándonos al tema del cuidado. A continuación veremos algunas ideas sobre la salud. Y finalmente trataremos de exponer, cómo y por qué, el conocimiento de la teoría de la comunicación humana es una herramienta fundamental a la hora de desarrollar la actividad profesional de las enfermeras.

LA ACTIVIDAD DE LAS ENFERMERAS: CUIDAR

¿Qué hacen las enfermeras?, ¿a qué necesidades sociales da respuesta la actividad de enfermería?, ¿en qué consiste cuidar?. Buscar las respuestas a estas preguntas nos llevó a estudiar los modelos y las teorías de enfermería. Allí encontramos la referencia bibliográfica de: "Teoría de la comunicación humana" de Watzlawick, et al.

Las teorías y los modelos de enfermería hablan de las distintas formas de establecer una relación entre las enfermeras y las personas objeto de la atención de enfermería: Martha Rogers nos dice que la razón de la existencia de la enfermería es el cuidado de las personas y el cuidado del proceso vital de los seres humanos. Sor Callista Roy considera la adaptación como un marco conceptual apropiado para encuadrar la definición de enfermería. Una adaptación a los cambios que se van produciendo en el proceso vital. Para Françoise Collière³ cuidar es promover la vida, realizar todas las actividades posibles encaminadas a promover la vida. Promover la vida no es solamente "quitar el mal", sino que además debemos estimular el desarrollo de las capacidades de las personas, familias y comunidades para responder a los cambios en salud. El objetivo de las enfermeras es promover la salud en las personas, la familia y la comunidad.

Hemos pasado de un enfoque positivista, correspondiente a la ciencia del siglo XIX, que hacía que fuera la enfermedad lo más importante, a un enfoque en el que el individuo empieza a ser más importante. Hemos ido concediendo importancia al individuo en sí mismo, a la persona por el hecho de serlo. Las relaciones entre los distintos individuos de una

sociedad han ido perdiendo verticalidad para volverse más horizontales. Vivimos en una época en la que las opiniones de los otros han de ser tenidas en cuenta. Democracia, igualdad, diálogo son palabras habituales en nuestra sociedad. Las relaciones se están horizontalizando, y especialmente lo está haciendo la relación clínica. Los hombres y mujeres del siglo XXI quieren gestionar su salud y no sólo el conocimiento de la enfermedad como proceso es importante. La enfermedad se desarrolla en una persona produciendo diferentes respuestas frente a ella. El individuo deja de ser objeto para ser sujeto de la enfermedad.

Las enfermeras intentamos que este sujeto dé la mejor respuesta posible para él. Intentamos que utilice todas las capacidades que posee para luchar/adaptarse a ese cambio producido en lo que podemos considerar un proceso dinámico de salud/enfermedad. En definitiva procuramos su bienestar, su calidad de vida; no sólo con las terapias que se aplican de forma externa. Sino que posibilitamos el movimiento de todos los recursos. Los externos de su entorno, familia, comunidad y los internos, las capacidades de que dispone.

LA SALUD

Es definida por la OMS como un estado de perfecto bienestar físico, mental y social y no sólo como la ausencia de enfermedad. El ser humano tiene una dimensión social, vive en sociedad. Vive relacionándose con el medio y con otros seres humanos, estableciendo una comunicación.

EL CONOCIMIENTO DE LA TEORÍA DE LA COMUNICACIÓN HUMANA. HERRAMIENTA PARA LAS ENFERMERAS

Las enfermeras damos respuesta a la necesidad que tienen los individuos de desarrollar todas sus capacidades para adaptarse a una nueva situación, en el proceso salud-enfermedad, de la mejor forma posible. Entre las enfermeras y las personas que precisan atención de enfermería se establece una relación, que como tal relación humana está sujeta a las reglas de la comunicación entre personas. Para lograr la excelencia en el ejercicio de la profesión es necesario conocer los cuidados adecuados para la persona objeto de nuestra atención. Conocer éstos cuidados exige establecer un diálogo con ella. Si

Originales



pretendemos comunicarnos con una persona, conocer lo pragmático de la comunicación humana mejorará la calidad de la comunicación. Lograremos saber que dificultades tiene la persona para adaptarse a los cambios en su salud y con que capacidades cuenta para adaptarse a los mismos.

El estudio de la comunicación humana se ha abordado desde otras disciplinas. Desde 1945, año en el que se publicaron los primeros trabajos de Wiener y Rosenblueth, de Shanon y Bertalanffy, la producción científica ha sido numerosa.

La base conceptual del modelo interaccional o pragmático de la comunicación humana nos hace reflexionar sobre el concepto de salud. A la luz de ésta teoría podríamos considerar la salud no como un estado, sino como un proceso. La salud sería algo dinámico frente a la idea de algo estático. Si como defiende éste modelo el ser humano está intercambiando información con el medio, se está produciendo una modificación tanto en el medio como en las personas, comunidades y familia, dichos cambios se deben al proceso de estímulo-respuesta. En palabras de Birdwhistel "el individuo no origina comunicación sino que participa en ella". Consideramos pues, que toda conducta es comunicación, al tiempo que toda comunicación transmite información e "impone" conductas. Los seres humanos continuamente estamos comunicándonos con el medio, Es imposible no comunicar. Éste intercambio de información produce modificaciones, tanto en nosotros como en el medio que nos rodea. Por ello sería interesante considerar la salud como un proceso en el que se están produciendo cambios continuamente, unos más fácilmente observables y otros de más difícil observación. Si mejoramos la forma de comunicarnos, podremos conocer mejor las necesidades sentidas o percibidas por las personas a las que prestamos nuestra atención; lo cual mejorará la calidad de la atención. Si mejoramos la forma de comunicarnos podremos cambiar la mera información sobre salud y enfermedad, por educación para la salud, posibilitando así que la información transmitida sea asimilada por la persona a quien se dirige. Si mejoramos la educación para la salud, haremos a las personas más independientes del sistema sanitario. Implicar a una persona en sus cuidados y hacerla responsable de los mismos debe ser un objetivo para nosotras, ayudaríamos con ello a la gestión de salud de las personas. Finalmente los profesionales debemos poner nuestros conocimientos a disposición de las personas cuando éstas los necesitan. Estableciendo un diálogo en el que ponga en contacto sus necesidades y posibilidades con nuestros conocimientos como profesionales.

El conocimiento del modelo pragmático de la comunicación humana nos ayudará a establecer un

mejor diálogo, convirtiéndose así en una herramienta indispensable para conseguir la excelencia en el ejercicio de la profesión de enfermería.]

BIBLIOGRAFIA

1. Gracia Guillen, D. "Fundamentación y Enseñanza de la bioética" Editorial el Búho LTDA. Santa Fe de Bogotá. Colombia 1998.
2. Marriner Tomey A, Raile Alligood M. "Modelos y teorías en enfermería" Editorial Harcourt Brace. España Versión en español de la cuarta edición en inglés 1999.
3. Collière, MF. "Promover la vida". Editorial McGraw-Hill / interamericana. Madrid. 1993.
4. Feito Grande, L. "Ética profesional de la enfermería" PPC, Editorial y Distribuidora, S.A. 2000.
5. Watzlawick P, Beavin Bavelas J, Jackson, DD. "Teoría de la comunicación humana" Editorial Herder S.A. Barcelona 1981.



Cuidados del pasado para el presente: ¿una respuesta válida?

Manuel Mañá González

Galicia ofrece en su pasado, una configuración organizativa de Castros en las altas planicies y en la cima de los montes, que indudablemente favoreció la veneración de las piedras y el agua. San Martín (S. VI) censuraba a los cristianos de su tiempo, porque encendían velas junto a las piedras, árboles, fuentes..., reminiscencias paganas vinculadas a la acción de los falsos dioses por medio de las piedras de los montes, de las hierbas y sobre todo por medio de las aguas de las fuentes, de los ríos y del mar. El hecho legendario lleva consigo la superstición curativa atribuida al agua de las fuentes. Esta paganización de las fuentes como lugares de culto a las ninfas o a otros falsos dioses, en Galicia y Portugal, se cree que es anterior a la romanización, según se desprende de los nombres indígenas que aparecen. Abundan en Galicia esas pías, piedras socavadas en su mayoría por la erosión, en los montes o en caminos, receptáculo de las aguas pluviales, y lugares preferidos para prácticas curativas de carácter supersticioso, uniéndose en ellas el valor mítico atribuido a las piedras y al agua pluvial, sacralizada con el beso de la luna y las caricias de los rayos de sol. Así en Santa Mariña, una pía con forma de oreja, socavada en la parte superior de un peñasco y semejante a un dolmen, que recoge las aguas de la lluvia se hacen unos rituales, por considerar que aquella agua tiene la virtud curativa contra la sordera. Sobre esa base cultural arranca el intento cristianizador de las fuentes, a las que se santificó con cruces e imágenes o dándoles nombres de Santos. La Fuente del Apostol, en Santiago; la de la Esclavitud en Padrón, la de Santa Mariña en Allariz... Con esto se nos abre la panorámica de esas fuentes, que tenemos en Galicia, consideradas como milagrosas por la protección que tienen del Santo o Santa, que se venera en la capilla o iglesia próxima, y en las que podríamos encontrar remedio para la mayoría de los males conocidos. Así el agua de la fuente del Santuario de la Esclavitud bebida tres días consecutivos, después de rezar tres veces el Ave María con los pies descalzos y en ayunas, se tiene como medicina contra los males del estómago y de los riñones... A esas propiedades de las fuentes persistente entre los gallegos tendríamos que añadir la propiedad fecundadora que admiten en el

agua de los ríos y del mar. Un ejemplo de esto es el ceremonial supersticioso de las nueve olas, eficaz para curar la "esterilidad de las mujeres", en la playa de La Lanzada, los sábados de luna llena, en los meses que no tienen erre, y a las doce de la noche. Antes de esa hora la ofrecida daría nueve vueltas alrededor de la capilla, que está en las inmediaciones de la playa, rezando después de cada tres vueltas un Ave María. Después, el baño señalado, introduciéndose la paciente, desnuda de cintura para abajo, en el mar, esperando las olas hasta el número de nueve, ni una más ni una menos, que le han de llegar al vientre. Sigue la cena y la ofrenda que se llevará a la Virgen de La Lanzada el día de su fiesta.

No podemos negar que en ocasiones estos rituales aportan curaciones, a las que las ciencias de la salud no han podido llegar, pero en todo caso son fruto de la sugestión y no de una acción terapéutica.

Muchos, después de leer estas líneas pensarán, qué atraso, en pleno S.XXI... Incluso alguno marcará una ligera sonrisa entre sus labios como prueba del saber. Pero planteo una pregunta: ¿estos gallegos van o vienen?. Es decir ¿están haciendo camino o vienen de vuelta?. Creo sinceramente que este retorno a los orígenes no es más que la constatación del fracaso de un sistema colonizado por el exagerado tecnicismo y la deshumanización. En el que cedemos la responsabilidad a los fármacos, a las máquinas y donde la burocracia puede más que las personas. Así que aquellos que se sienten enfermos se sienten frustrados, con un gran impacto desafectivo ante el que no le escucha, no le comprende, no dialoga. termina acudiendo a estos rituales pseudoreligiosos, al curandero..., buenos psicólogos, sin prisas, sin listas de espera, que le escuchan. Por eso, el incremento de estas prácticas, no es más que la constatación de la crisis de un sistema sanitario que no está respondiendo a las necesidades de la población a la que tiene que atender.]



Atención domiciliaria por medio de enfermería a distancia para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Revisión Cochrane)

• **Resumen:** Fecha de la actualización significativa más reciente: 17 de octubre de 1999. Las revisiones Cochrane se controlan regularmente y se actualizan de ser necesario.

• **Antecedentes:** La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se caracteriza por la obstrucción progresiva del flujo aéreo, deterioro del rendimiento en ejercicio y deterioro de la salud. Se asocia con significativa morbilidad, mortalidad y costos para los sistemas de atención de la salud. Las estrategias de atención, como la enfermería a distancia basada en la comunidad, pueden reducir esta carga.

• **Objetivos:** Evaluar la efectividad de los programas de atención a distancia por parte de trabajadores sanitarios especializados en enfermedades respiratorias para los pacientes con EPOC, en términos de mejoría de la función pulmonar, tolerancia al ejercicio y calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) del paciente y de las personas que lo atienden y de reducción de la mortalidad y de la utilización de los servicios hospitalarios.

• **Estrategia de búsqueda:** Se realizó una búsqueda en la base de datos del Grupo Cochrane de Vías Respiratorias (Cochrane Airways Group). Se buscaron Ensayos Clínicos Controlados (ECCs) pertinentes adicionales en las bibliografías de los ECCs identificados. Se estableció contacto con los autores de ECCs identificados en busca de otros estudios publicados e inéditos.

• **Criterios de selección:** Se incluyen sólo ensayos controlados con asignación al azar de pacientes con EPOC. La intervención fue una enfermera a distancia que visitaba a los pacientes en sus casas, proporcionando apoyo y educación, supervisando el estado del paciente y proporcionando enlace con los médicos. Las intervenciones que usaron enfermeras practicantes que proporcionaron intervenciones terapéuticas también se incluyen. Los estudios en los que la intervención terapéutica en estudio era el entrenamiento físico no fueron incluidos.

• **Recopilación y análisis de datos:** La extracción de datos y la evaluación de la calidad de los estudios fue realizada de forma independiente por

dos revisores. En los casos en que fue necesario obtener datos adicionales o faltantes, se estableció contacto con los autores de los estudios.

• **Resultados principales:** Se encontraron cuatro estudios. Tres evaluaron mortalidad después de doce meses de atención (n=96, 152 y 301), y uno después de siete meses (n=75). El metaanálisis demostró que la mortalidad no fue reducida significativamente por la intervención, odds ratio de Peto 0.72; IC del 95% 0.43, 1.21. El análisis de subgrupos post-hoc sugirió que la mortalidad estaba reducida por el programa de atención a distancia en los pacientes con enfermedad menos severa. Se informaron mejoras significativas en la calidad de vida relacionada a la salud en un estudio en EPOC moderada, pero no en un estudio con pacientes con enfermedad severa. No se encontró ningún cambio en la función pulmonar o en el rendimiento en ejercicio en los estudios en los que los datos estaban disponibles. Se informaron los ingresos hospitalarios sólo en un estudio, realizado en pacientes con enfermedad severa, y no se observó ningún beneficio.

• **Conclusiones de los revisores:** Los pacientes con EPOC moderada pueden obtener beneficios en mortalidad y en la calidad de vida relacionada a la salud por los programas de atención de enfermería a distancia, pero no hay ningún dato sobre la reducción de utilización de servicios hospitalarios. Los pacientes con EPOC severa no parecen obtener beneficios de este tipo de programas y en un estudio con gran número de participantes no se encontró ninguna reducción en los ingresos en el hospital de este tipo de pacientes.]

REFERENCIA BIBLIOGRAFIA Smith B, Appleton S, Adams R, Southcott A, Ruffin R. Atención domiciliaria por medio de enfermería a distancia para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Revisión Cochrane). In: La Cochrane Library Plus, Número 2, 2002. Oxford: Update Software. Disponible en: <http://www.update-software.com/abstracts/es/es000994.htm>



Enfermería Comunitaria y la intervención antitabáquica

María Dolores Calle Calle

El consumo de tabaco es la primera causa prevenible de enfermedad y muerte prematura en los países desarrollados y, por tanto, el primer problema de salud pública susceptible de prevención (1). El problema del tabaquismo es de importancia capital, por su elevada prevalencia entre la población mayor de 16 años -35,7% (2), por su evolución (incorporación cada vez mayor de la mujer al hábito de fumar), por la morbi-mortalidad que provoca y por los costes socio-sanitarios derivados.

En cuanto a la morbi-mortalidad que origina el tabaquismo, los datos indican que los fumadores presentan un exceso de morbilidad del 30% y un incremento similar de frecuentación en las consultas de Atención Primaria. En España el tabaco es el responsable del 14,7% de todas las muertes, y supone alrededor del 10% del número total de años potenciales de vida perdidos (3). Según la Encuesta Nacional de Salud de 1997, la prevalencia del tabaquismo en la población de más de 16 años era del 35,7% (el 44,8% eran varones y el 27,2% eran mujeres) con un consumo medio de 16,8 cigarrillos al día.

Si analizamos la evolución del tabaquismo en el estado español entre los años 1987 y 1997, podemos observar que el consumo en los hombres ha descendido de un 55% a un 44,8%, mientras que las mujeres fumadoras han pasado de 23% a 27,2% (2). No se nos debe escapar que este incremento de mujeres fumadoras, afecta directamente a la prevalencia de tabaquismo entre los profesionales de enfermería, colectivo mayormente femenino, que presenta una tasa de tabaquismo mayor que en los médicos y mayor que la población general (4). El mantenimiento de esta elevada tasa de prevalencia entre las enfermeras tiene efectos negativos sobre la población que atendemos. Por un lado, el fumar en público (en la consulta, en el centro de salud...) constituye un ejemplo contraproducente para los usuarios y por otro lado, las actitudes del profesional fumador frente al hábito de fumar suelen ser más permisivas y de menor compromiso con las iniciativas de intervención antitabáquicas.

En nuestra práctica asistencial habitual en la consulta de Atención Primaria, el registro del hábito tabáquico y el consejo sistemático de ayuda al fumador debería estar totalmente integrado. Sin embargo, en las auditorias realizadas en Atención Primaria la situación no alcanza este nivel deseable. En general, el registro de hábitos tóxicos alcanza el 50%, siendo muy inferior el registro del consejo antitabáquico (4).

Russell et al (1979) demostraron que mediante un consejo firme y breve (menos de tres minutos) de los profesionales de Atención Primaria, la entrega de material de autoayuda con instrucciones para dejar de fumar y un posterior control de seguimiento lograba un 5,1% de exfumadores al año de la intervención comparado con el 0,3% del grupo control que no recibía consejo (5). La intervención sistemática del profesional sanitario sobre el tabaquismo en una consulta de unas 1500 personas puede conseguir que entre 25 y 40 fumadores dejen de fumar, lo que representa salvar la vida de alrededor de 10 pacientes/año (3).

El papel de enfermería en la atención e intervención en el usuario fumador es relevante. Las enfermeras nos encontramos en una situación favorable que nos permite asumir este cometido de forma eficaz. En primer lugar, disponemos de los conocimientos de educación para la salud que son necesarios para este tipo de intervenciones, aunque siempre es interesante la formación específica en intervención para la deshabituación tabáquica. En segundo lugar, tenemos mayor tiempo de consulta programada en la cual se puede realizar el consejo para dejar de fumar, de manera sistemática pero individualizada, y para proporcionar el apoyo a los fumadores que deciden abandonar el hábito tabáquico. Podemos realizar educación para la salud grupal de fumadores interesados, que se demuestran más eficaces y operativos que la intervención individual. Y por último, estamos haciendo educación para la salud en la comunidad (asociaciones, escuelas...), en la cual se pueden organizar actividades encaminadas bien a la deshabituación, o bien a la no iniciación del hábito tabáquico como por ejemplo, en la escuela.

Creo que las enfermeras debemos tomar el testigo y llevar las riendas del abordaje del tabaquismo en Atención Primaria. La recompensa merece la pena: añadir años a la vida y vida a los años.]

BIBLIOGRAFIA

1. "Villa sin humo": Abordaje del tabaquismo. Curso. Logroño Mayo 2002.
2. <http://www.msc.es/salud/epidemiologia/tabaco/informacion.htm>
3. Protocolo de abordaje del tabaquismo en el Área de La Rioja. Logroño: Gerencia de Atención Primaria de La Rioja.
4. Pardell H, Jané M, Sánchez I, Villalbí JR, Saltó E, Becoña E, et al. Manejo del fumador en la clínica. Recomendaciones para el médico español. Barcelona: Medicina stm Editores 2002.
5. Azpiri Díaz J. Et al. Med. General 2002;46: 617-621



Modelos asistenciales

Minerva Conca Pérez

Después de catorce años trabajando en atención Primaria he pasado por casi todos los modelos asistenciales que se pueden dar en AP. Desde trabajar por tareas (cada enfermero desempeña una función: técnicas, domicilios, consulta), por programas (el enfermero del programa de HTA, de diabetes etc.), por distritos (un sector de la zona básica para cada uno) y por unidades básicas asistenciales (el enfermero atiende a la población asignada a un cupo médico). Así, pues, estoy en disposición de elegir o, más bien, de saber cuál es el modo de trabajo más adecuado: aquel que el ciudadano percibe como de más calidad y que, al mismo tiempo, es el más gratificante para el profesional. Pero no es mi intención polemizar sobre los modelos, ya que, al fin y al cabo, es a la empresa para la que trabajamos a quién corresponde decidir cómo quiere que se preste la atención; aunque ¿no deberían ser los cuadros directivos -léase direcciones de Enfermería- los que marcaran directrices y abrieran caminos al desarrollo profesional pleno?

Estaremos de acuerdo en que tanto o más importante que el modelo asistencial es el profesional que presta la atención, el cuidado enfermero. Los profesionales de enfermería en atención primaria han de tener claro para quién trabajan: lo hacen para el ciudadano, para la familia, para una comunidad que tiene unas necesidades sentidas. Que demanda del sistema atención, educación y, sobre todo, resolución de problemas de salud.

Trabajan para el ciudadano con el médico, el equipo y en una empresa que lo hace posible.

La predisposición del enfermero, su actitud ante el usuario, su priorización de valores, es lo que el ciudadano va a percibir y por lo que va a valorar el trabajo profesional. Un enfermero que no anteponga calidad humana a calidad profesional, que no utilice la calidez en el trato, que sea estrictamente un profesional, dejará de lado una parte esencial en la profesión: el cuidar. Volverá a ser un técnico, la persona que ejecuta lo que otro profesional decide. La independencia de criterio se está consiguiendo a base de generar confianza en el usuario, de demostrar a los demás profesionales del sistema que nuestras decisiones son acertadas y fundamentadas de una manera científica. Lograr el respeto

como profesión y como profesionales exige de todos un esfuerzo continuo en formación, en incorporar a nuestra rutina diaria la ilusión por el trabajo bien hecho, y sobre todo ser responsables de las decisiones que tomamos. Responsabilidad es un término que puede resultar aún nuevo. Aprender a tomar decisiones y no derivarlas siempre, es el gran reto y el gran cambio que se está experimentando.

Lamentablemente, a pie de obra no todos pensamos igual. Es mucho más cómodo que la decisiones las tome otro y por lo tanto los errores y las consecuencias recaigan sobre los demás. El tutelaje al que estuvimos sometidos es difícil de olvidar. Queremos quitar el punto de anclaje y eso requiere voluntad de superación y ayuda por parte de los organismos competentes.

En el último número de la revista tuve la oportunidad de leer la colaboración del Sr. Martínez Riera, así como de la Sra. Sandra Munárriz Gandía, en la que defendían la creación de los cupos enfermeros. Ese sería el paso definitivo para responsabilizar a todo el colectivo y para que, por fin, tuviéramos la entidad que nos corresponde, por titulación, por utilidad, por eficacia. Pero no hay que olvidar que este sistema tiene muchos fallos y muchas lagunas y no se debería "copiar" al pie de la letra. Tenemos que hacer un esfuerzo de imaginación, buscar en todos los "universos" y hacer un modelo propio que tienda a la excelencia.



Lectores

En el recuerdo...

José Ramón Martínez Riera



Querido Enrique:

Parece que fue ayer cuando paseábamos por Tenerife y me dabas una última y magistral lección de amor y vida, desde la cátedra alcanzada tanto por méritos propios como por los designios nada comprensibles de la vida.

Hablamos de muchas cosas. De alegrías y tristezas, venturas y desventuras, de esperanzas y desengaños, de éxitos y fracasos... hablamos de Enfermería. De esa Enfermería a la que tu tanto querías y que tanto, según tu, te había dado.

Me costó mucho que me hablaras en primera persona de los múltiples proyectos, hechos, acontecimientos, desenlaces... por los que pasó la Enfermería española en los últimos 25 años y de los que tu habías sido protagonista.

Preferías hablar de tus alumnos, de tu escuela, de tus compañeros y de tus proyectos. Sabías que te quedaba poco tiempo para todo lo que tu entusiasmo tenía previsto y lo asumías con una fortaleza que me debilitaba y al mismo tiempo me asombraba.

Ahora, Enrique, pasado cierto tiempo desde que te fuiste, con el ánimo más sereno y la mirada menos turbia quiero trasladarte, allá donde estés, en nombre propio y en el de toda la enfermería nuestro agradecimiento por tu inestimable aportación. Desde tu plaza como Profesor de Enfermería Comunitaria de la Universidad de la Laguna impartiendo conocimiento, respeto, dignidad y contenido científico. Desde tu posición como enfermero implicado en los más importantes cambios de nuestra profesión con la serenidad, el talante, la energía y la sabiduría de hacer que fueran posibles. Un trabajo y dedicación tan eficaces como silenciosos que han permitido que la Enfermería pueda celebrar 25 años de pertenencia a la Universidad, sentar las bases para un total desarrollo disciplinar, conseguir una difícil pero necesaria unidad profesional, ser referente de la enfermería comunitaria y tantas cosas de las que aún sintiéndote orgulloso no alardeabas.

Enrique, tú te sentías orgulloso de tu familia y de tus amigos y fue por ellos por los que mantuviste hasta el último momento la entereza y la fortaleza. Ahora somos nosotros, tus amigos, los que desde ese inmenso legado que nos dejaste en lo personal y profesional queremos trasladarte nuestro más sincero

Uno no puede hacer nada por las personas que quiere, sólo seguir queriéndolas

Fernando Savater

ro agradecimiento por todo cuanto hiciste y sellar un compromiso para continuar con lo que tú iniciaste.

Nos dejas un difícil pero entusiasta reto que esperamos poder llevar a cabo, tal como tú me transmitiste, con tu ayuda en forma de artículos, libros, escritos y archivos documentales inestimables que harán posible escribir una de las páginas más brillantes de la Enfermería española en la que sin duda figurarás en lugar preferente a pesar de quienes como, casi siempre, se empeñan en querer asumir un protagonismo que ni les corresponde ni se merecen. Y que además lo hacen intentando ocultar, tapar y usurpar tu aportación desde una posición de poder que no de inteligencia.

Recibe desde estas páginas el humilde pero sincero reconocimiento de la Enfermería Comunitaria Española.

Un fuerte abrazo.

Las 9 claves



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

- | | |
|---|---|
| a) ¿Quién es la enfermera? | 1) L.A. Confidential |
| b) ¿Quién es el médico? | 2) Cuentos Asombrosos |
| c) La unidad Médico Enfermera (UME) | 3) Monstruos, S.A. |
| d) La Unidad de Atención Familiar (UAF) | 4) La Familia Addams |
| e) El Servicio Nacional de Salud | 5) Matrimonio de Conveniencia |
| f) La cartera de servicios en la Comunidad Valenciana | 6) La extraña pareja |
| g) El Equipo de Atención Primaria | 7) Mujeres al borde de un ataque de nervios |
| h) La Historia de Salud | 8) Los Intocables |
| i) Los Diagnósticos Enfermeros | 9) La Bella Durmiente |
| j) Las enfermeras en el SNS | 10) Mucho ruido y pocas nueces |
| k) El médico en el SNS | 11) El silencio de los corderos |
| l) La imagen de Enfermería en el SNS | 12) Pascando a Miss Daisy |
| m) Programa del anciano | 13) Los viajes de Gulliver |
| n) Programa del niño sano | 14) Héroe por accidente |
| ñ) Programa de Atención Domiciliaria | 15) La fiera de mi niña |



Solución: a-15, b-14, c-6, d-5, e-10, f-1, g-4, h-2, i-9, j-7, k-8, l-11, m-12, n-3, ñ-13.

III REUNIÓN DE INVIERNO DE LA AEC

Enfermería, cuidados y comunidad

Tudela - Navarra. 3 y 4 de octubre de 2003

Programa

3 de octubre de 2003

- 15³⁰ a 16³⁰ horas
Recogida de documentación
- 17³⁰ horas
Acto de inauguración
- 18³⁰ horas
MESA REDONDA: ENFERMERÍA, CUIDADOS Y COMUNIDAD
 - "ENFERMERAS COMUNITARIAS HOY"
[Ramón Casals Riera]
Licenciado Europeo Enfermería. Bachelor of Science in Nursing. Especialista en Salud Comunitaria. Grupo Comunicación y Salud.
 - "LA ENFERMERA EN LA COMUNIDAD"
[Gálata Pérez Díaz]
Presidenta AEC
- 19⁰⁰ a 20³⁰ horas
Comunicaciones - Punto de Encuentro: Hablamos de...

4 de octubre de 2003

- 9³⁰ horas
MESA REDONDA: EL MODELO EUROPEO / OMS DE ESCUELAS PROMOTORAS DE SALUD
 - "MODELO DE INTERVENCIÓN"
[Milagros Martínez Jaurieta]
Licenciada en Filosofía. Jefa de Estudios del IES Eunat
 - "EL MODELO EN ESCUELAS PRIMARIAS"
[M^a. Victoria Tellechea]
Enfermera CS Burlada

- 11³⁰ a 13⁰⁰ horas
Comunicaciones - Punto de Encuentro: Hablamos de...
Exposición monográfica de experiencias en la escuela
- 16³⁰ horas
MESA REDONDA: ENFERMERÍA Y ASOCIACIONES DE LA COMUNIDAD
 - "LOS USUARIOS DE LA SALUD"
[M^a. Luz Esteban]
Licenciada en Medicina. Doctora en Antropología. Profesora de la Universidad del País Vasco
 - "UNA EXPERIENCIA DE RELACIÓN"
[Isidro Herguedas Sukía]
Asociación Bidelagun, Elizondo
- 18⁰⁰ a 19⁰⁰ horas
ACTO DE CLAUSURA
 - "LICENCIATURA DE ENFERMERÍA"
[Loreto Maciá Soler]
Universidad de Alicante
 - "ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA COMUNITARIA"
[Gracia Álvarez Andrés]
Vocal de comunicación de la AEC**CONCLUSIONES DE LOS PUNTOS DEL ENCUENTRO**
ENTREGA DE PREMIOS
CONCLUSIONES DE LAS JORNADAS
- 19⁰⁰ horas
ASAMBLEA DE LA AEC

Seminarios / Puntos de encuentro: Hablamos de...

- "PAE: INTERVENCIÓN Y RESULTADOS"
[Gonzalo Duarte Climents]
- "ENTREVISTA MOTIVACIONAL"
[Ramón Casals Riera]
- "ENFERMERÍA ANTE LA INMIGRACIÓN"
[M^a. José Martínez Inda]
- "ENFERMERÍA CON LAS ASOCIACIONES"
[Gregorio Aguada Magaña]
- "ENFERMERÍA PROMOTORA DE SALUD"
[Ana Cariñena Lezaun]
- "ENFERMERÍA EN LA ASISTENCIA POR PROCESOS"
[J. R. Mora Martínez]

Programa

INSCRIPCIONES: La inscripción a las jornadas incluye los seminarios.

FORMA DE PAGO: Transferencia bancaria a favor de III Jornada de Enfermería Comunitaria de la AEC.

Nº de Cuenta: CAJA NAVARRA 2054 0002 36 9133598057

CUOTAS

Antes del 31/08/03 Después de 31/08/03

Socios AEC / FAECAP	150 €	180 €
No socios	180 €	200 €
Estudiantes (copia carnet)	70 €	70 €
Estudiantes (socios EAC / FAECAP)	50 €	50 €

ALOJAMIENTO*

	Categoría	Habitación doble
Hotel REMIGIO	**	45 €
Hotel NH EXPRESS DELTA	**	50 €
Hotel TUDELA BARDENAS	***	67,41 €
Hotel AC CIUDAD DE TUDELA	****	64,20 €

*Precios por H. doble en S.A.

Organiza



ASOCIACIÓN DE
ENFERMERÍA COMUNITARIA

VIAJES TÍVOLI. P. Pamplona, 14. 31500 Tudela (Navarra)
Tel.: 948 825 101. Fax: 948 825 061. e-mail: tudela.viajes@mapfre.com

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



ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA COMUNITARIA

PRESTACIONES

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

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

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

Nombre

Apellidos

Domicilio N.I.F.

Población C. P.

Tfnos. de contacto

Correo electrónico

Deseo inscribirme en la Asociación de Enfermería Comunitaria con cuota semestral de 18,03 euros, que abonaré mediante domiciliación bancaria.

Orden de pago por domiciliación bancaria

Entidad

Titular de la cuenta

Domicilio de la sucursal

Ciudad / Provincia C. P.

Entidad Oficina DC N° Cuenta Corriente

□□□□ □□□□ □□ □□□□□□□□□□

Sr. Director de banco o caja:

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

Atentamente (firma del titular)

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

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