

# editorial

## Sin cambios no habría evolución y sin ella todo queda obsoleto...

"He aquí el primer número de un ambicioso proyecto de la AEC..." Con estas palabras veía la luz el primer número del Boletín de Enfermería Comunitaria en 1995. El BEC nació con un objetivo claro que siempre ha tratado de mantener a lo largo de estos años: permitir el flujo de comunicación entre los socios y ser una vía de intercambio de experiencias, reflexiones, investigaciones..., entre las enfermeras comunitarias.

Hoy, igual que ayer, seguimos pensando que es saludable, es más, que es necesario, el surgimiento de voces que opinen sobre los temas que nos preocupan, no en los pasillos, sino sobre el papel. Por eso esperamos que sigáis compartiendo con nosotros vuestros puntos de vista, noticias, artículos..., en esta nueva etapa que iniciamos. Una etapa en la que el BEC trata de dar un paso más, no sólo cambiando su diseño gráfico para que resulte más atractivo al lector, sino mejorando y clarificando sus contenidos.

Tenéis en vuestras manos el nuevo Boletín de Enfermería Comunitaria, detrás de él incontables horas de trabajo, ilusión, reuniones, entusiasmo, entrevistas, sueños, correos, vicisitudes, decisiones, convicciones, satisfacción..., pero sobre todo personas, un equipo extraordinario que voluntariamente dedican su esfuerzo y su tiempo para que este proyecto siga avanzando. Desde aquí GRACIAS a José Ramón, JuanMi, Lalo, Manuel, Sandra y Adolf y a todos aquellos que leyendo, redactando, investigando, criticando, compartiendo... hacéis posible que el BEC sea día a día una realidad.

*Francisca Anaya Cintas*  
*Editora del BEC*



## 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 a través de Infovía.

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 está realizando 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@enfermeriacomunitaria.org

# punto de vista

## Libre elección de Enfermera

José Ramón Martínez Riera

Muchos han sido los avatares que la implantación del llamado nuevo modelo han producido en el conjunto del Sistema Nacional de Salud en general y en los servicios de salud autonómicos en particular. Pero a nadie se le escapa, a no ser de forma premeditada, que la enfermería ha jugado, o se le ha hecho jugar, un papel fundamental en su evolución. Y digo se le ha hecho jugar porque en más de una ocasión en estos casi 20 años de reforma se ha utilizado a la enfermería como instrumento de cambio. No como traducción de su peso organizativo, reconociéndole un papel jerárquico y profesional, sino como arma arrojada, defensiva y de contención contra otros colectivos, lo que sin duda ha contribuido a su mayor reconocimiento pero a costa de ser señalada como colaboradora puntual, más o menos voluntaria, de la esencia de la política que es el control de los recursos y el poder derivado de este control.

Este hecho ha supuesto sin duda, a mi subjetivo parecer, un grave problema en el desarrollo profesional de las enfermeras. No es que dude de su capacidad para lograrlo sino de los medios que se utilizaron de forma interesada para llevarlo a cabo en un momento concreto, pasando a ser contemplado por quienes eran "atacados" como una circunstancia oportunista desligada de la, por otra parte, evidente, normal y necesaria evolución profesional y disciplinar de la enfermería.

Por otra parte los "supuestos logros" alcanzados se basaron en débiles o nulos contenidos normativos que les privaron de la necesaria consistencia futura, quedando sujetos a múltiples interpretaciones y a las variaciones derivadas de las mismas, por parte de los nuevos gestores y/o directivos con intereses o presiones diferentes a las que condujeron a su aplicación y, en cualquier caso, alejadas de la valoración profesional y de la desigual interpretación en la gestión de los cuidados.

El nuevo modelo a pesar de todo lo apuntado o gracias a ello ha seguido su progresiva implantación con la introducción de nuevos elementos tendentes a dar respuesta a los planteamientos legislativos de la Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad,

como es el caso de la Libre elección de médico. Con ser importante y necesario este hecho, no exento de problemas, no podemos obviar la interpretación restrictiva que de la ley se hace al no contemplar de igual manera la libre elección de la enfermera tal como se desprende del Título I, Art. 10.13 de la mencionada Ley en el que se dice "A elegir el médico y los demás sanitarios titulados...", a no ser que ya ni tan siquiera seamos consideradas las enfermeras como personal sanitario, pues no habla de la expresión exclusivista entre personal facultativo y no facultativo, si no de personal sanitario titulado.

Por otra parte en la Declaración Mundial de la Salud adoptada por la comunidad sanitaria mundial, firmada por España, en la 51ª Asamblea Mundial de Salud celebrada en mayo de 1998, en su Capítulo 6.2.2 dice "...la ineludible articulación de la atención sanitaria de médico y enfermera orientada hacia la familia, la delimitación clara de la población específica a atender por cada médico y cada enfermera -definida como un área de captación geográfica o definida mediante la inscripción en una lista- y la libre elección de médico y de enfermera..."

Así pues parece razonable y fuera de sospecha partidista o corporativista el que se plantee la necesidad de articular convenientemente el derecho que asiste a los usuarios, pacientes o clientes, que no a las enfermeras, de poder elegir también a "su" enfermera de referencia para lo cual ineludiblemente, tal medida, deberá ir ligada a la asignación clara, concreta y precisa de una población específica a cada enfermera comunitaria.

Pero planteada la necesidad se hace necesario justificar la misma más allá de la simple lectura de las consideraciones legislativas -sujetas siempre a múltiples interpretaciones por claras que parezcan- o las recomendaciones de organismos internacionales que impidan considerarla, de forma interesada, como un "capricho" de las enfermeras derivado del agravio comparativo o como una "concesión oportunista". Y que por el contrario permitan justificar de forma razonada lo que significa un beneficio tanto para la comunidad a la que se le prestan cuidados como para la organización sanitaria y los propios profesionales.

La población, en general, y las familias e individuos, en particular, tienen el derecho de conocer en todo momento a la enfermera de referencia responsable de sus cuidados, que les permita tanto la necesaria interrelación e identificación en el proceso de comunicación enfermera - paciente, como la eficaz continuidad de los cuidados en cualquier proceso de salud - enfermedad y que difícilmente se podrá alcanzar si no existe una asignación clara.

↳ pasa a página 6

# punto de vista

[viene de página 5] nación concreta de enfermera. Lo contrario provoca la atención de diferentes profesionales para un mismo proceso, la falta de empatía, la desigual prestación de cuidados, la dificultad en alcanzar el necesario autocuidado, la pérdida de una visión integral e integrada de los diferentes recursos disponibles, la indefinición de los diferentes profesionales del sistema, la deficiente humanización del cuidado, la repetición innecesaria de procesos y actividades... Así mismo y derivado de lo anterior tienen el derecho a poder elegir libremente a la enfermera por la que quieren ser atendidos con el fin de alcanzar la máxima percepción de calidad en la prestación de los cuidados. La asignación deberá quedar clara y específicamente reflejada en el principal documento sanitario del paciente, es decir, en la Tarjeta Individual Sanitaria (TIS), para su rápida identificación por parte de los pacientes.

**La legitimidad profesional la otorga fundamentalmente el reconocimiento del cliente o usuario. Cuando el usuario busque a su enfermera, pregunte por su enfermera pida consejo a su enfermera... la enfermera habrá conquistado definitivamente su espacio en Atención Primaria.**

La racionalización de los recursos y más concretamente de las enfermeras en cualquier organización sanitaria no puede ni debe ir ligada a criterios de correlación con otros profesionales si se quieren alcanzar objetivos óptimos en la prestación de los cuidados y se quiere evitar la restricción de su libre elección. Para ello se hace imprescindible la asignación de una población concreta y definida para cada enfermera que permita tanto la distribución de enfermeras basándose en ratios de población, como la mejor ponderación de los indicadores de actividad al relacionar más directamente la responsabilidad de cada enfermera con las necesidades reales y específicas de la población asignada, evitando que lo que es responsabilidad de todos al final no lo acabe siendo de nadie; teniendo en cuenta, por otra parte, que trabajar con autonomía no impide el trabajo en equipo. Así mismo permitirá la más eficaz y eficiente organización de los equipos, pues basar los cambios organizacionales sin tener en cuenta a todos los implicados conduce a la "suboptimización", es decir, intentar resolver la parte de un problema que afecta a un grupo o colectivo en particular sin tener en

cuenta al resto, lo que acarrea un empeoramiento del resultado final.

Por último parece razonable pensar que también sería positivo para las enfermeras. El conocimiento concreto de población asignada a cada enfermera le permitiría a ésta poder planificar mejor los planes de cuidados específicos al tiempo que facilitaría su ejecución, su seguimiento continuado y su evaluación, tanto individualmente como en el contexto familiar y comunitario. Agilizaría y mejoraría sustancialmente la necesaria interrelación y comunicación profesional con el resto de miembros del equipo al disponer de una clara referencia de relación. La delimitación clara de responsabilidad sobre una población concreta ayudaría a perfilar de forma mucho más clara los objetivos específicos a alcanzar y la posterior valoración de los resultados obtenidos favoreciendo la asignación de incentivos personales que redundarían en una mayor motivación profesional. La libre elección, por otra parte, "premiaría" a quienes de su buena actuación se derivara una mayor elección, que necesariamente debería estar sujeta a ciertos elementos de control que evitaran "castigar" a las más eficaces.

Argumentar que la libre elección de enfermera es difícil de llevar a cabo o que supone impedimentos en la organización de los equipos es tanto como negar la evidencia de su importancia en cualquier comunidad o el intento de mantener una actitud ligada a intereses concretos de un determinado colectivo en detrimento de los de la propia comunidad.

Seguir haciendo manifestaciones puntuales en las que se resalta la importancia de las enfermeras sin que las mismas lleven parejas medidas concretas y con contenido normativo claro y explícito que permitan su desarrollo eficaz e inequívoco es tanto como hacer un brindis al sol y seguir manteniendo situaciones equívocas más allá de lo razonable.

La justificación, las razones y los instrumentos para poderlo llevar a cabo existen. Tan solo falta la voluntad de quererlo hacer con el convencimiento de su necesidad y no como contrapeso a otras posiciones o como decisión sujeta a una posible rentabilidad política, pues no olvidemos que estamos hablando de libertad aunque "tan solo sea" para poder elegir enfermera.

## A propósito de la libre elección de médico

Sandra Munárriz Gandía

Llevo siete años sufriendo en el Centro de Salud donde trabajo la demagogia de la libre elección de médico y tengo que proclamar, que cada vez más, la siento como un ultraje a la dignidad de mi profesión.

Hace muchos años, yo soñaba que mi profesión daría un giro. Que colaboraría con el médico de igual a igual teniendo por objeto de nuestro trabajo el bienestar del enfermo. Que tendría un campo propio de actuación guiado por los conocimientos propios de mi profesión. Que éstos me autorizarían a tomar decisiones. Que podría asesorar a mis pacientes/clientes en la toma de decisiones informadas sobre su salud. Que podría participar en los planes de salud e intervenciones que en la comunidad a mi cargo estableciera el equipo multidisciplinar de mi centro, etc. Parecía que la Ley General de Sanidad me daba esperanzas... La libre elección de médico sin la libre elección de enfermera me ha colocado en una amarga realidad.

En el centro donde trabajo los usuarios no eligen médico en base al curriculum del mismo ya que lo desconocen. Tampoco conocen lo que es una Cartera de Servicios debidamente explicada y comprensible por los mismos. Hacen uso de la libre elección de médico:

- a) los pacientes fuera de la zona básica de salud que rellenan cupos escasos de algunos profesionales. Asegurándoles su puesto de trabajo y haciendo un uso irresponsable del sistema de salud público.
- b) usuarios que alegan "este Dr. lo hace todo, análisis, recetas, no pone pegás".
- c) pacientes que dicen "No se enrolla, termina rápido la consulta".
- d) "Tiene el horario mejor y siempre está él".
- e) "Me conviene porque así tengo el pediatra que me interesa".

Por parte de los médicos, la inseguridad en el empleo, la interinidad, la escasez de cupos, hacen que busquen los menores problemas posibles. Adoptan una postura de escaso interés hacia la marcha del centro y la comunidad para la que trabajan. Quienes tienen mayor inseguridad no dudan en admitir pacientes que viven en lugares distantes fuera de la zona básica de salud muchas veces con el respaldo corporativo del resto del equipo que entiende esto como una actitud solidaria. Así, nos servimos de los usuarios en vez de servirles con eficacia.

Debido a ello, la enfermería es vista en todo momento como sujeta a ordenes médicas. El usuario comenta al médico que le parece escasa la frecuencia de curas y éste sin mirar los registros de la enfermera, extiende una orden complaciente pero de obligado cumplimiento: "curar sábados incluidos".

Así, la enfermería frustrada, desmotivada pero bien atada, rutiniza las consultas de enfermería llenándolas de pacientes crónicos a los que nunca se les da el alta (diabéticos hipertensos que se quejan al médico si no se les hacen controles mensuales). La educación para la salud es un lujo innecesario. Las actividades preventivas de salud pierden su interés porque no hay tiempo para ellas. Las mismas caen en el olvido. No pudiendo hacer otra cosa que tareas asistenciales y técnicas, "pinchar, curar". Nos tenemos que valer de nuestros coches para llegar a tiempo y que no nos acusen de negación de ayuda o incumplimiento de una "sagrada orden médica".

No he podido averiguar qué representantes de mi profesión estaban defendiendo los intereses de mi colectivo cuando surgió tan desestabilizador propósito, como es la libre elección de médico. Pero sí puedo afirmar:

1º Que es un flagrante desprecio hacia la profesión que sustenta la continuidad de tratamientos, cuidados y educación para la salud.

2º Que me parece una vuelta al feudalismo con derecho de pernada incluido. El médico es mi amo y me impone sus deseos.

3º Que es una mala utilización de los recursos humanos y económicos del centro. Obliga a largos desplazamientos y desdibuja la zona básica de salud.

4º Que aboca a una pérdida total de la calidad asistencial produciendo masificación y demora en las citas, ya que se rompe el equilibrio de pacientes por médico/enfermero, ratios e isócronas, obligando a trabajos solamente asistenciales.

El TSJ dictó a favor del usuario (siempre considerado la parte más vulnerable) diciendo que donde tuviera el médico tendría todo el equipo para prestarle atención y cuidados. Y así, sin lucidez por parte de nuestras autoridades sanitarias, asistimos (y nunca mejor dicho) a pacientes que viven a cien metros de su centro de salud pero desean tener al médico en otro centro distante y sobrecargan el coste económico y de recursos a costa de este último. Con interpretaciones tan dispares, no veo como cambiar la losa de un decreto que pesa sobre nosotros coartando nuestra autonomía, por ello insto a nuestro colectivo a establecer reflexiones y hacer llegar éstas a los cauces de decisión, pidiendo ¡ya!, que si hay libre elección de médico, haya simultánea libre elección de enfermera. Y se nos dé la misma capacidad de decisión para aceptar usuarios que tiene el facultativo.

Sres. Médicos, Autoridades y Usuarios no me pisen que llevo chanclas.

# El Impacto de los Cuidados Tenerife - Puerto de la Cruz, 31 de octubre, 1 y 2 de noviembre de 2002

Gálata Pérez Díaz. Presidenta IV Congreso Nacional AEC

La Asociación de Enfermería Comunitaria va a realizar en Tenerife, durante los próximos 31 de octubre, 1 y 2 de noviembre de 2002 su **IV Congreso Nacional**, bajo el lema "**El Impacto de los Cuidados**".

Durante este encuentro queremos establecer un foro de discusión y reflexión científica en torno a dos objetivos:

- los **resultados** en enfermería y concretamente nuestra contribución a la mejora de la salud, calidad de vida y la satisfacción de los usuarios y,
- el futuro **perfil profesional** de la enfermería comunitaria.

Asimismo pretendemos que en el Congreso encuentres espacios para la **formación** y la **comunicación** de experiencias. Por ello te ofrecemos dis-



tintos Seminarios previos y durante el Congreso, y sesiones de comunicaciones a las que desde ahora te animamos a participar.

Los Seminarios a impartir durante el Congreso, con una duración de cuatro horas son:

- **La relación de ayuda en enfermería, un enfoque para la entrevista clínica.**

D. Luis Cibanal Juan.

Enfermero, Psicólogo. Catedrático de Enfermería en Salud Mental. Departamento de Enfermería Universidad de Alicante.

- **La medición de resultados en enfermería: Nursing Outcomes Classification, y la CVRS.**

D. Gonzalo Duarte Clíments .

Enfermero. Técnico de la Dirección de Programas Asistenciales. Servicio Atención Primaria, Planificación y Evaluación. Servicio Canario de Salud.

- **Introducción a la economía de la salud.**

D. Justo Artiles Sánchez.

Economista. Master en Economía de la Salud y Gestión Sanitaria.

D. Ignacio Abasolo Alesson.

Doctor en Ciencias Económicas y Empresariales. Profesor Titular de Economía Pública de la Universidad de La Laguna. Master en Economía de la Salud por la Universidad de York.

La asistencia a éstos será previa solicitud y en riguroso orden de recepción por la Secretaría Técnica. En la Hoja de Inscripción encontrarás las casillas para marcar los seminarios de tu interés, y se solicita que se ponga de forma numérica con un 1, 2 ó 3 según la preferencia.

Cada uno de los docentes gozan de prestigio en su campo de actuación.

### Seminarios Pre-Congreso

Para las ponencias de las diferentes Mesas Redondas contamos con expertos de renombre nacional e internacional, hemos hecho un esfuerzo para ofrecer una visión puntera de cada uno de los temas que trataremos.

- La orientación hacia los resultados. Un perfil para la enfermera comunitaria,
- Resultados en Enfermería: una vía de desarrollo profesional y de satisfacción de los usuarios.
- La perspectiva de otras disciplinas, usuarios, políticos y gestores.
- Nuevas cuestiones: Nuevas maneras de Comunicamos, Nueva Ley de Funciones, Nuevos modelos Europeos.

Además disfrutarás de espacios para el ocio, la gastronomía y el turismo en el entorno de la ciudad cálida y entrañable del Puerto de la Cruz.

De interés para aquellos compañeros residentes fuera de Canarias: Las líneas de Iberia nos ha proporcionado una oferta exclusiva para el Congreso del 30 % de descuento, para poderse acoger a la oferta deberá ponerse en contacto con la Secretaría Técnica. La admisión de los billetes de avión se hará previa petición y pago a VIAJES MENCEY.

Puedes obtener más información en nuestra página web (<http://www.enfermeriacomunitaria.org>) o bien contactar con la Secretaría Técnica

Viajes Mencey

C/ Verdugo y Massieu, 3

38320 La Cuesta

La Laguna – Santa Cruz de Tenerife

Tel.:922 671 112

Fax: 922 671 407

<http://www.viajesmencey.es>

e-mail: [congresos@viajesmencey.es](mailto:congresos@viajesmencey.es)

### Organizado por



ASOCIACIÓN DE  
ENFERMERÍA COMUNITARIA



Colegio Oficial de Enfermería de Tenerife

### Colaboran



Servicio Canario de Salud



Ayuntamiento de  
Puerto de la Cruz

## ¿Nuevas competencias para las enfermeras francesas?

Francisca Anaya Cintas

El 16 de Febrero se publicaba por fin el decreto relativo a la actuación profesional de las enfermeras francesas que viene a modificar fundamentalmente el de 1993. Si bien no hay grandes sorpresas, ya que parece más una cuestión de forma que de fondo, el nuevo decreto parece ajustarse algo más a la realidad profesional salvo en algunos aspectos que a continuación mostraremos. También destacaremos aquellos puntos que aunque en este nuevo decreto no hayan cambiado sustancialmente (definición de enfermera o de cuidados y rol propio) pueden ser de interés para las enfermeras españolas, teniendo en cuenta que seguimos regidos por la ORDEN de 26 de abril de 1973.

### DEFINICIÓN DE ENFERMERA

"El ejercicio de la profesión enfermera conlleva el análisis, planificación, realización de cuidados enfermeros y su evaluación, la contribución a la recogida de datos clínicos y epidemiológicos, la participación en actividades de prevención, diagnóstico precoz, formación y educación para la salud..."

### DEFINICIÓN DE CUIDADOS

Los cuidados enfermeros, preventivos, curativos o paliativos integran calidad técnica y de relación con el paciente. Tienen por objeto, respetando los derechos de la persona, y teniendo en cuenta la personalidad de éste con sus componentes fisiológico, psicológico, económico, social y cultural, entre otros:

1º Proteger, mantener, restaurar y promover la salud física y mental de las personas o la autonomía de sus funciones vitales física y psíquicas con el objetivo de favorecer su mantenimiento, su inserción o su reinserción en su marco de vida familiar o social;

2º Participar en la puesta en práctica de métodos y en la recogida de información útil a otros profesionales y sobre todo a los médicos en el establecimiento del diagnóstico y evaluación del efecto de sus prescripciones;

3º Participar en la evaluación del grado de dependencia de las personas;

4º Contribuir a la puesta en práctica de tratamientos participando en la vigilancia clínica y en las prescripcio-

nes médicas incluidas en los protocolos establecidos;

5º Participar en la prevención, evaluación y alivio del dolor y de la angustia física y psíquica de las personas, particularmente al final de la vida por medio de cuidados paliativos y acompañar, como necesidad básica, a los allegados.

### ROL ENFERMERO

Responden al rol propio de la enfermera los cuidados ligados a la función de mantenimiento y continuidad de la vida enfocados a compensar parcial o totalmente una falta o disminución de autonomía de una persona o de un grupo de personas.

En este contexto la enfermera tiene competencias para tomar iniciativas y llevar a cabo los cuidados que juzgue necesarios. Identifica las necesidades de la persona, establece un diagnóstico enfermero, formula objetivos de cuidados, pone en marcha las acciones adecuadas y las evalúa. Puede elaborar con la participación de los miembros del equipo de cuidados, protocolos de cuidados enfermeros. Es responsable de la concepción, utilización y gestión del dossier de cuidados enfermeros.

Dentro del rol propio destacan como cuidados a dispensar, además de todo el listado de técnicas que se describen incluidas las más recientes), el diagnóstico precoz y evaluación de riesgo de maltrato así como la ayuda y protección psicológica, pero también la "participación en la desinfección y esterilización de dispositivos médicos"...

Según el ámbito en el que se ejerza y en función de las necesidades de salud identificadas, la enfermera propone actividades, las organiza y participa en:

Formación pregrado y postgrado del personal enfermero, de las auxiliares de enfermería y eventualmente de otro personal sanitario.

Formación, educación, prevención y diagnóstico precoz sobre todo en el ámbito de cuidados de salud primarios y comunitarios.

Investigación en el ámbito de los cuidados enfermeros y participación en actividades de investigación multidisciplinar.

### ENFERMERA PUERICULTORA

Todas las actividades relacionadas con niños desde su nacimiento hasta la adolescencia serán realizadas prioritariamente por una enfermera con el título de Diploma del Estado en Puericultura y la enfermera que esté cursando dichos estudios.

### CONCLUSION

Este decreto tan esperado por gran número de profesionales quizás no aporte grandes cambios en la práctica pero resulta indispensable desde el momento que se ajusta más a la cotidianidad profesional. Nosotras, enfermeras españolas, seguiremos esperando que llegue nuestro turno...]

### BIBLIOGRAFÍA

Lecompte N. Analyse du décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier

## Revisión sistemática sobre equivalencia de los cuidados proporcionados en Atención Primaria por enfermeras y médicos

# Los pacientes más satisfechos con la atención enfermera que con la médica

Comité de redacción

A través de una revisión sistemática de 11 ensayos clínicos seleccionados al azar y de 23 estudios observacionales con un diseño experimental se ha tratado de determinar si las enfermeras pueden proporcionar cuidados equivalentes a los médicos en atención primaria. Se han analizado pues un total de 34 trabajos previos que habían investigado el tema y que proporcionarían datos sobre satisfacción, estado de salud, costes del servicio de salud o proceso, número de prescripciones, investigaciones, remisiones, adherencia de los pacientes al tratamiento, tiempo de consulta, medidas de calidad del cuidado.

Los resultados muestran que los pacientes que acuden a centros de atención primaria, están más satisfechos con los cuidados de salud que reciben del personal de enfermería que con el que les proporcionan los médicos: respecto al estado de salud no existen diferencias significativas, sin embargo respecto a la medición del proceso se ha encontrado que las enfermeras realizaban más exploraciones y pruebas y dedicaban más tiempo de consulta a los pacientes que los médicos. En cuanto a la satisfacción los pacientes mostraron la mayor con las consultas enfermeras que con las de los médicos. La medida de la calidad del cuidado proporcionado se llevó a cabo incluyendo habilidades de comunicación, diagnóstico acertado, indagaciones realizadas apropiadamente y el consejo adecuado sobre automedicación. Así las enfermeras parecieron identificar anomalías físicas más a menudo, realizan informes mucho más completos y exhaustivos y tuvieron mejores resultados en comunicación que los médicos. Y aún más, las enfermeras ofrecen más información y consejos para el autocuidado y para que realicen un mejor seguimiento y control de su enfermedad.

Así pues las enfermeras pueden proporcionar cuidados que producen un incremento en la satisfacción del paciente y resultados similares en salud cuando se compara a los del médico. También parecen proporcionar una calidad del cuidado que es al fin y al cabo igual o mejor (a veces) que la de los médicos aunque no se encontraran diferencias sig-



nificativas entre médicos y enfermeras en cuanto a los resultados de salud.

Sin embargo hay que tener en cuenta, según las autoras, que "aunque la valoración de los cuidados de salud y los resultados a corto plazo de la atención sanitaria del personal de enfermería parecen ser equivalentes a los de los médicos, hace falta investigar más para confirmar que los cuidados de enfermería son seguros a la hora de detectar algunos problemas de salud raros pero importantes".

Como conclusión decir que el creciente aumento de la presencia enfermera en atención primaria es probable que conduzca a altos niveles de satisfacción en los pacientes y a una atención sanitaria de mayor calidad.

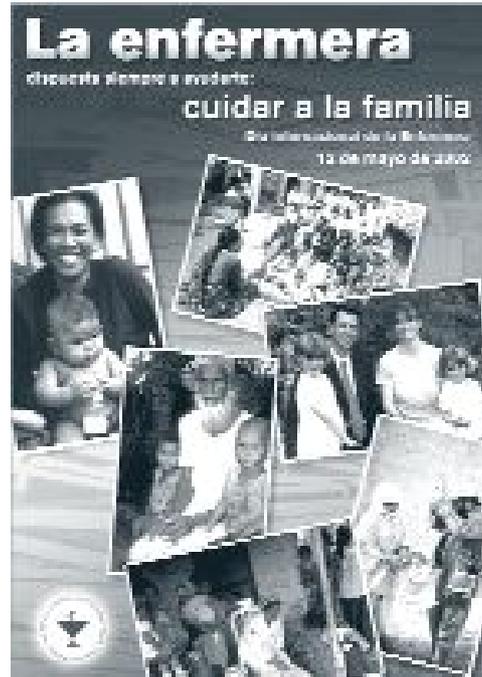
#### FUENTE

Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ* 2002; 324:819-823. <http://bmj.com/cgi/content/abstract/324/7341/819>

El CIE destaca la labor de la enfermera de familia en la celebración del Día Internacional de la Enfermería

## La enfermera dispuesta siempre a ayudarte: cuidar a la familia

Francisca Anaya Cintas



"El centro de interés de la enfermera, sea cual fuere su lugar de trabajo es la familia, ya que cuidar a la familia es una de las funciones propias de la enfermería". Así lo afirma el Consejo Internacional de Enfermería. Por ello, y con el fin de poner de relieve la función de la enfermera en la salud de la familia, el CIE ha decidido escoger este año, con motivo del Día Internacional de la Enfermería, el tema "Cuidar a la familia".

El lema de 2002 tiene como objetivo:

- Hacer a las personas más conscientes de la función que desempeña la enfermera en los cuidados y salud de la familia, inclusive como punto principal de entrada en el sistema de prestación de cuidados de salud.
- Fomentar la preparación y aplicación de políticas de salud y sociales que sean "favorables a la familia".
- Atraer la atención hacia la importancia de la familia y la función que corresponde a sus miembros en la preservación de su salud, individualmente y como unidad.

La enfermería de familia tiene por objetivo trabajar con todo tipo de familias y con los miembros individuales de éstas, para promover la salud, prevenir la enfermedad y dispensar servicios de curación, atención y rehabilitación. Las enfermeras trabajan con las familias para reducir los factores perjudiciales para la salud, fomentar la buena salud y el bienestar, fortalecer las capacidades de cuidar de sí y de hacer frente a la adversidad.

Las funciones de la enfermera de familia, siguiendo al CIE, son múltiples según las necesidades familiares y los contextos de atención (hogar, instituciones de atención de salud, centros de acogida de refugiados o la calle):

- Educadora de salud en aspectos de salud y enfermedad
- Dispensadora y supervisora de cuidados
- Defensora de la familia en asuntos como la seguridad y el acceso a los servicios
- Detectora de casos de enfermedades y epidemióloga
- Investigadora de manera independiente o en colaboración
- Gestora y coordinadora de relaciones con miembros de la familia, con servicios de salud, sociales...
- Consejera en la resolución de problemas e identificación de recursos
- Consultora a las familias y entidades para la identificación de recursos y facilitar el acceso a ellos
- Funciones de mejoramiento del entorno

Por último, el CIE ha elaborado una lista de actuaciones que podemos emprender para proveer unos servicios de salud "favorable a la familia". Entre ellas caben destacar: cerciorarse de que las instituciones de salud se ocupan de la promoción de salud y de la prevención de la enfermedad y no sólo del cuidado de ésta; crear servicios de asesoramiento para las familias que atraviesan dificultades o influir a favor de esos servicios; colaborar con las familias para hacer que disminuyan los abusos contra las personas mayores y la violencia doméstica...

Más información:

<http://www.icn.ch/indkit2002sp.htm>

## II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento

### Una sociedad para todas las edades

Comité de redacción

El descenso actual de la natalidad, junto a una longevidad cada vez mayor, sigue produciendo cambios demográficos en todas las sociedades. Las consecuencias profundas y duraderas del envejecimiento de la población ofrecen oportunidades pero también plantean importantes problemas: se prevé que a mediados del siglo XXI los viejos y los jóvenes representarán la misma proporción de la población mundial, a medida que envejece la población hay más mujeres ancianas que hombres, el grupo de mayor edad es el de 80 años...

#### II Asamblea Mundial ONU

Con el objetivo de abordar los problemas del envejecimiento de la población tuvo lugar en abril, la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento de las Naciones Unidas. Se trataba de examinar los resultados de la primera asamblea y de aprobar un plan de acción cuyo objetivo es convertirse en un instrumento político que permita a las autoridades fijar las prioridades fundamentales relacionadas con el envejecimiento centrado en: los vínculos entre el envejecimiento y desarrollo; las medidas para integrar la cuestión del envejecimiento en los planes de desarrollo que se llevan a cabo en todo el mundo; las formas apropiadas de asociación entre el sector público y el privado, y las medidas para aumentar la solidaridad entre generaciones.

Esta Segunda Asamblea concluyó con varias propuestas para afrontar el progresivo envejecimiento pero sin un respaldo económico al plan de acción. Los documentos finales de la Declaración Política y el Plan de Acción, presentados por el secretario general adjunto de la ONU, Nitin Desai, muestran propuestas relativas a favorecer políticas de jubilación flexible y voluntaria, atención a los problemas de envejecimiento manifestados en los países en vías de desarrollo, programas de integración social, cultural y política de los mayores, así como solidaridad interregional para afrontar esta situación.

#### OMS

Desde el punto de vista asistencial, se ha reconocido el derecho a garantizar un acceso universal y

equitativo a los servicios sanitarios "incluidos los mentales y físicos". Igualmente se reconoce el "papel importante" que desempeñan las familias y los voluntarios sociales. Además, en el marco de esta asamblea, fue presentado el informe: "Envejecimiento activo: un marco político" que recuerda que una población sana permite ahorrar recursos. La directora de la OMS, destacó que la reforma de los sistemas de salud debe ser una de las líneas básicas de las futuras políticas para la tercera edad, en especial a lo que se refiere a la prevención de enfermedades. Harlem destacó la necesidad de un enfoque de la salud que englobe todo el ciclo biológico de la persona, promoviendo hábitos sanos desde su nacimiento para conseguir una mejor vejez. Entre las medidas propuestas por la OMS se encuentra, además de los mejores hábitos nutricionales, el abordar factores que contribuyen a la aparición de enfermedades, como la pobreza o las carencias educativas; promover la actividad física a todas las edades; crear ambientes "amigables" para los ancianos que eviten las caídas; aumentar el acceso a medicamentos o dispositivos como los andadores; o promover la salud mental.

#### Foro ONG

Sin embargo, poco o más bien escaso ha sido el tiempo que se ha dedicado a estudiar las propuestas planteadas por las organizaciones sociales para resolver las necesidades del progresivo envejecimiento de la población, según palabras de Oilda Montoya, una de las copresidentas del Foro Mundial de ONG. Y es que paralelo a la II Asamblea tuvo lugar el Foro Mundial de Organizaciones no Gubernamentales sobre el Envejecimiento. El objetivo primordial de este Foro de ONG ha sido favorecer la participación de la sociedad civil en el nuevo Plan Internacional de Acción sobre el Envejecimiento de las Naciones Unidas, contribuyendo al proceso de discusión. Entre las propuestas y recomendaciones para los gobiernos y la sociedad civil destacan la necesidad de dotar a los profesionales de la salud de la adecuada formación en Geriátrica y Gerontología; que la atención a la salud sea contemplada desde una perspectiva integral y teniendo en cuenta los problemas sociales que afectan a las personas mayores y que tienen incidencia en los problemas de salud; que la educación para la salud contemple específicamente a las personas mayores y a los cuidadores familiares y profesionales encargados de su atención y que se impulse la formación de los cuidadores formales e informales.

Más información en:

<http://www.onu.org/Agenda/conferencias/envejecimiento/portada.htm>

<http://www.foroenvejecimiento.org>

## I Jornadas SCELE

# Realidad y reto

Junta Directiva de SCELE



La Sociedad Científica Española de Licenciados en Enfermería celebró sus primeras Jornadas los días 15 y 16 de noviembre de 2001. Este encuentro científico ha contado con reconocimientos oficiales notables como el del: Instituto de Salud Carlos III, la Universidad de Alicante y el Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana.

El número de asistentes registrados fue de 137 pero además las jornadas fueron retransmitidas íntegramente por internet mediante un enlace con la web de SCELE que recibió 182 visitas y 575 páginas vistas entre los dos días.

Como más destacable de todo el evento resultó la mesa redonda dedicada al tercer ciclo universitario en enfermería, compuesta por todas las directoras de escuelas de enfermería donde actualmente se está impartiendo el Título Superior en Enfermería.

También fue muy interesante la ponencia sobre "docencia y formación" realizada por el profesor enfermero y pedagogo: Dr. Josep Luis Medina Moya (Profesor Titular en la Universidad de Vall d'Hebron, Barcelona), con el título: "La pedagogía del cuidado y los cuidados profesionales: algunas reflexiones sobre la naturaleza política del aprender a cuidar y de la práctica del cuidado". En su disertación llevó a cabo una reflexión sobre el actual discurso disciplinar y teórico de la enfermería. Matizó que éste, aunque goza de buena salud en la literatura del campo y posee una gran riqueza y pluralidad teórica, se halla, en el contexto de la asistencia a la salud, subsumido y disuelto dentro del saber biomédico. Para comprender y hacer inteligible tal paradoja se presentan dos de los factores que históricamente han influido en su constitución. En primer lugar se alude a las relaciones de poder que acompañan a todo proceso de elaboración discursiva y que han legitimado la hegemonía de las visiones empírico-analíticas y tecnocráticas de la salud y la enfermedad encarnadas por el modelo biomédico. En segundo lugar, se explica que el sexismo en el sistema sanitario es un reflejo del sexismo en la sociedad y que el estatus de subordinación de la enfermería respecto la medicina, se debe a la naturalización de formas socialmente construidas de opresión, discurso por el que se transforman estructuras sociales jerárquicas y de privilegio en diferencias biológicamente mediadas. Se trata de hacer visible los intentos de los grupos que detentan el poder en el siste-

ma de salud de asociar las funciones de la enfermería a virtudes biológicamente femeninas para con ello justificar el bajo estatus de aquélla en el sistema de salud, el cual, no es, sin embargo, fruto de cualidades intrínsecamente femeninas o de una lógica natural: es un lamentable prejuicio social o estereotipo. En la segunda parte de esta ponencia presentó una sistematización teórica y una clarificación conceptual del objeto de conocimiento de la enfermería entendida como disciplina: la noción de cuidado analizando sus derivaciones para la práctica profesional y para su enseñanza.

Respecto a las comunicaciones se presentaron 21, 15 de ellas orales y 6 en póster. En ellas se abordaron temas como la propia profesión (historia de la profesión, formación de las estudiantes de Enfermería, opinión de las enfermeras sobre la licenciatura, percepción de las enfermeras sobre su práctica), la documentación clínica de enfermería y algunos hábitos de vida como factores de riesgo para la salud. Fueron mayoritarios los estudios para el desarrollo clínico en diferentes fases del proceso enfermero y para el conocimiento de los puntos de vista de los pacientes y sus familiares. El tipo de diseño empleado fue mayoritariamente descriptivo, bien transversal o basado en fuentes secundarias. Es digno de ser destacado el papel de los estudios de diseño cualitativo que alcanzó la tercera parte del total.

El acto de clausura, presidido por la Junta Directiva de SCELE, incluyó la concesión de los galardones de Socios de Honor.

Alicante, noviembre de 2001.

## II Encuentro Andaluz de Enfermería Comunitaria

# Los nuevos retos en el Sistema de Salud: La Consulta de Enfermería a demanda

ASANEC

En el II Encuentro ASANEC, celebrado en la Escuela Andaluza de Salud Pública, en Granada el 23 de noviembre de 2001, asistieron cuatrocientos profesionales, de los cuales 144 procedían de Málaga, 87 de Granada, 67 de Jaén, 31 de Almería, 27 de Sevilla, 16 de Cádiz, 8 de Córdoba, 7 de fuera de Andalucía y 10 sin determinar procedencia.

El nivel científico de las ponencias fue muy elevado, aportando información relevante que procedemos a sintetizar:

- Los enfermeros comunitarios pueden y deben ser una puerta de entrada al sistema sanitario. Actualmente se encuentra colapsada la entrada tradicional, la consulta médica, debido a una inflexibilidad de la organización asistencial. Son muchos los procesos que no requieren atención médica, pero sin embargo se ven obligados a pasar por este filtro para ser atendidos.

- Los enfermeros comunitarios están preparados, y deben así ejercer, para la resolución de muchos problemas de salud de la población. Los aspectos relacionados con el cuidado y control de padecimientos de larga duración, los aspectos preventivos y educativos de todos problemas en general, la prescripción de materiales para el autocuidado (tiras reactivas, pañales de incontinencia, apósitos, etc.) pueden ser perfectamente asumidos por la consulta de enfermería en primera instancia.

- La buena comunicación médico-enfermero y la adecuada capacitación para un buen control por el propio paciente o su entorno familiar, favorecería la toma de decisiones y reduciría la frecuentación asistencial.

- La consulta a demanda de enfermería ha existido siempre, aunque no institucionalizada. La organización asistencial de los centros debe establecer una consulta enfermera con un horario definido y amplio, con accesibilidad física, telefónica (y otros medios futuros como la teleconferencia, el correo electrónico, etc.). La accesibilidad y disponibilidad es fundamental para que la población reconozca y

use el recurso enfermero en su demanda asistencial.

- La práctica asistencial enfermera debe estar basada en la mejor evidencia científica disponible

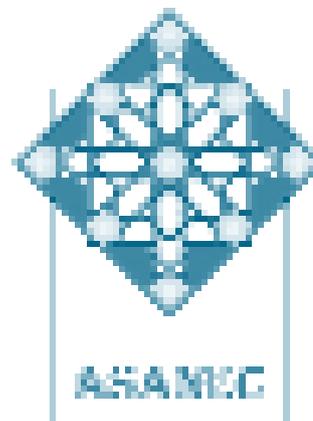
- Existe una gran variabilidad de la práctica clínica enfermera que debemos contribuir a reducir aplicando estándares de cuidados y guías de práctica clínica científicamente aprobados y reconocidos.

- La calidad de la atención enfermera debe evaluarse en función de las necesidades y expectativas que del servicio enfermero tiene la población asistida.

- Es preciso constituir equipos de mejora continua de la calidad que, manejando la metodología de la práctica enfermera y las herramientas de la enfermería basada en la evidencia, elaboren recomendaciones que ayuden a los enfermeros y a los pacientes a tomar decisiones adecuadas y propongan criterios para la evaluación de la calidad de las actuaciones.

- La intervención enfermera no debe restringirse a la práctica asistencial tradicional. Debe explorar nuevos campos y necesidades de atención, nuevos grupos de riesgo y nuevas necesidades, así como nuevos métodos de acercamiento a los problemas y nuevas formas de prestación asistencial.

- La sociedad evoluciona tecnológicamente y estos avances pueden producir, por una parte, nuevas formas de enfermar, y también, nuevas alternativas terapéuticas. La Telemedicina es una de estas alternativas. La gestión a distancia de los problemas de salud, la teleasistencia, puede y debe ser un campo de desarrollo de la atención enfermera.]



# II Jornada de la Sociedad de Enfermería de Atención Primaria de Asturias Oviedo, 19 de abril de 2002

SEAPA



## OBJETIVOS

- 1 Promocionar unos cuidados basados en la evidencia científica.
- 2 Acercar la teoría y la práctica en la gestión de los cuidados de enfermería.
- 3 Debatir sobre los "nuevos cuidados".

Desde el punto de vista organizativo, la Junta Directiva de la Sociedad, ha realizado un enorme esfuerzo que se ha visto refrendado con un importante número de profesionales asistentes, sobre ciento treinta, y de alumnos - invitados - de las dos Escuelas Universitarias de Oviedo y Gijón y del programa Erasmus, que completan un total aproximado de 150 personas. A continuación mostramos las conclusiones más importantes de las distintas mesas redondas.

## ENFERMERÍA BASADA EN LA EVIDENCIA CIENTÍFICA EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

- La EBE (enfermería basada en la evidencia), es un estímulo consciente y crítico que conduce y guía la experiencia profesional.
- Enfermería necesita Metodología y Acceso a los Recursos Informáticos tanto en equipamientos, espacio, tiempo y formación.
- Se trata NO de acumular conocimientos si no de ir creciendo y potenciando el desarrollo de la investigación de los conocimientos más actuales.
- La EBE proporciona e incrementa los estándares de calidad.

## LA WEB: UN RECURSO DE INFORMACIÓN PARA DIFUNDIR LA PRÁCTICA PROFESIONAL

La WEB puede ser un buen canal para la difusión de la práctica profesional. La base de la comunicación son los documentos de trabajo y el desarrollo profesional. La primera fase del diseño de las páginas web debe ser la planificación y estructuración de los contenidos incluyéndolos en los indicadores de calidad. Pero es fundamental que la información que aparece en ellas sea veraz y contrastada. Calidad = fuente de información fiable.

## NUEVOS CUIDADOS

- Para realizar una actividad adecuada y eficaz con el adolescente: debemos aceptar las peculiaridades propias de la adolescencia, creer en ellas y a la vez estar cómodos en ese compartir. Resulta imprescindible adaptarse a sus horarios y necesidades a la vez que escuchar las sugerencias sobre la idoneidad de ubicación del espacio para la asistencia.
- En cuanto a la violencia de género es importante la descripción de los criterios técnicos del concepto en todas sus manifestaciones para poder detectarla en las consultas de atención primaria porque la mujer no las manifiesta directamente. Además, por el aislamiento al que se ven sometidas estas mujeres maltratadas, el centro de salud constituye un recurso de captación y asistencia accesible; a veces el único al que se le permite solicitar ayuda. La atención debe centrarse en tres aspectos básicos: aprender a detectarlo, aprender a trabajarlo y que precisa un enfoque integral y multidisciplinar.
- Respecto a los cuidados informales hay que tener en cuenta que producen un gran impacto económico y de dedicación de tiempo para la familia que lo sufre: en torno a 5h/día. Requiere de la competencia y responsabilidad de las enfermeras para la atención al cuidado formal así como el asesoramiento en el cuidado informal y el cuidado de la salud de los cuidadores. El conocimiento sobre quienes son, cómo debe ser nuestra relación con ellos y cómo debemos cuidar al cuidador/a son responsabilidad del Equipo de Atención Primaria.]

## Contribución de los cuidados de enfermería a la calidad de vida

Desiderio Rodrigo Tolsa

Casi 400 participantes pudieron asistir el pasado 14 de diciembre a la novedosa y espectacular inauguración, en el Auditori de Torrent, que profundizó en aspectos como la historia, la imagen y la lucha del personal de enfermería, (enfermeras y auxiliares de enfermería) por socializar el cuidado de la salud.

### PONENTES

Josep Vicent Marqués, profesor titular de sociología de la Universidad de Valencia, reseñó las diferencias entre calidad de vida y estado de bienestar, recalcando la importancia de la contribución enfermera en ambos conceptos.

La primera mesa redonda profundizó en esta aportación y Amparo Benavent, profesora de la escuela de enfermería de la Universidad de Valencia, situó el marco conceptual y de desarrollo de la profesión, Justo Gonzalez, enfermero y diputado a cortes generales por el PSOE intervino analizando la imagen que ofrecemos a la sociedad e instando a la utilización de los foros democráticos para nuestra promoción, Rafael Lleguet, asesor de la ministra de sanidad para enfermería, expuso el avance legislativo que ha supuesto la aprobación de la ley de colegiación y la misión de la enfermería recogida en ella, finalmente Pilar Navarro, enfermera y secretaria federal del sector de sanidad de la FSP/UGT enfatizó sobre la falacia de la administración sanitaria de nuestro país, que por un lado está presente y asume las doctrinas en materia de salud de todos los foros internacionales, pero luego aplica un modelo político neo-liberal que obvia la promoción de la salud y los cuidados de enfermería en beneficio de un modelo de salud biologicista.

Durante la segunda ponencia José Siles, profesor de la escuela de enfermería de la universidad de Alicante realizó un brillante recorrido acompañado por un impresionante catálogo de imágenes de la historia de nuestra profesión, incidiendo en de donde venimos y porqué somos así.

La segunda de las mesas redondas versó sobre la eficiencia de los cuidados de enfermería y en ella los ponentes desde distintos ángulos argumentaron la eficiencia de los cuidados y pusieron en evidencia la no-medición por la administración del producto enfermero: Adolf Guirao, Presidente de la Asocia-

ción de Enfermería Comunitaria, reivindicó la enfermera de salud familiar y la especialidad de enfermería Comunitaria como las bases del futuro desarrollo de una salud democrática, responsable y socialmente sostenible. Emilia Ramis, Presidenta de la asociación de Licenciados en Enfermería, aseveró que la investigación habrá de ser el elemento de cohesión y de desarrollo. "El crecimiento científico, ha de conseguir que los cuidados enfermeros dejen de ser un término ambiguo y manipulable, que aumenten su fundamentación teórica y empírica y que puedan mostrar su contribución a la calidad de vida de la población". Loreto Maciá, Directora de la escuela de enfermería de la Universidad de Alicante apuntó hacia la calidad para demostrar la eficiencia, defendiendo una correcta medición del producto enfermero y una profundización en nuestra formación, finalmente J. José Tirado, Presidente del colegio de enfermería de Valencia centró su intervención en el desarrollo de nuevas actividades y responsabilidades en el control de la salud de las personas y su traducción en eficiencia enfermera.

### CONCLUSIONES

1 El desarrollo profesional de la enfermería y por tanto del cuidado profesional, diferenciado del cuidado formal, está históricamente ligado a la lucha de género, con todas las connotaciones que ello conlleva.

2 Tememos que el desarrollo precipitado de las especialidades, sea una cortina de humo para tapar el clamor general del colectivo enfermero que solicita la licenciatura.

3 Hemos oído que: cuando ya no se puede alargar la vida (enfoque medicalista), aún podemos tratar de ensancharla (enfoque enfermero).

4 No es posible la calidad de vida sin los cuidados, luego los cuidados profesionales de enfermería contribuyen a la calidad de vida.

5 A quién corresponda: entre enfermeras y auxiliares de enfermería, somos a nivel del estado, tantas personas como votos propiciaron el cambio político en el 1996.

Los objetivos propuestos en esta jornada han sido ampliamente conseguidos, tanto en participación como profundidad de las intervenciones.



## Historia de una iniciativa hecha realidad

FED

Digo Iniciativa porque, en verdad, nació como tal. Lo que empezó siendo una pequeña iniciativa de una alumna de primer curso de la escuela de enfermería de la Universidad de Alicante, se ha convertido en una ONG que comienza a dar sus primeros frutos. Pero no demos saltos de alegría, por que todavía no está todo hecho; hay nuevas ilusiones, metas y objetivos, que cada vez serán más y mejores. Y ahora a lo que iba.....

### ¿QUIÉNES SOMOS?

Una ONGD formada por estudiantes universitarios y profesionales de múltiples disciplinas (Enfermería, Magisterio, Medicina...) nacida en el seno de la Escuela Universitaria de Enfermería de Alicante a finales de 1996.

Defendemos el derecho a la salud, entendiendo ésta desde todos los ámbitos, siendo el principal objetivo la COOPERACIÓN AL DESARROLLO, fomentando la autonomía de la comunidad con la que coopera y colabora, sin crear lazos de dependencia por parte de ésta, respetando su cultura y/o etnia.

Planteamos que, la mejor forma de conseguirlo es a través de la prevención, promoción y educación para la salud, incluyendo un punto de vista antropológico, puesto que pensamos que educar es un todo dinámico y los conocimientos incrementan la libertad de las personas, proporcionándoles autonomía para dirigir sus vidas.

### ¿QUÉ HACEMOS?

#### • Proyectos de cooperación y desarrollo:

El Foro de Enfermería para el Desarrollo ha trabajado hasta ahora en distintas zonas de Perú, a través de programas de educación para la salud y el desarrollo.

#### • Acciones de sensibilización y concienciación:

Una parte fundamental de nuestro trabajo es la de sensibilizar a la sociedad en la que vivimos sobre las desigualdades sociales de desarrollo que existen en la actualidad, trabajando a través de dinámicas en institutos, universidades...

#### • Apadrinamiento de abuelitos:

El FED colabora con el programa de la tercera



edad "Los Martincitos" a través de los apadrinamientos, en Villa el Salvador ( Lima- PERÚ), cuyo dinero (18 €al mes) es destinado a cubrir el área de salud.

### Y, ¿QUÉ MAS...?

Tras la puesta en marcha del Foro de Enfermería para el Desarrollo hemos realizado diversos proyectos de cooperación al desarrollo, centrándonos principalmente en realizar educación para la salud; llevamos a la práctica lo que aprendemos, tratando de adaptarnos a una situación y a un tiempo determinados, aprendiendo paso a paso de nuestros compañeros peruanos; sólo ellos serán capaces de salir del bache de injusticia que asola, no sólo a Perú, sino al mundo entero.

Hemos descubierto que "la salud es la acción inteligente que ayuda a las personas a ser felices". Así promocionando la salud desde el punto de vista de la prevención, defendemos el valor más premiado del ser humano: la vida. Conseguir una cierta calidad de vida con lo mínimo necesario y con los recursos de que disponen, requiere un gran trabajo, esto no será cuestión de un par de meses, quizá tardemos mucho en recoger los frutos pero ese es el camino que hemos elegido de entre muchos.

Si te has sentido identificado/a con lo que acabas de leer, y te gustaría saber más sobre el Foro de Enfermería para el Desarrollo, no lo dudes, ponte en contacto con nosotros. Necesitamos tus ideas, tus opiniones, tus ganas de trabajar, tu colaboración. Tu nivel de participación queda enteramente a tu libre elección.]

Consejo de Alumnos - Aulario I.  
Aptdo. Correos 99/E-03080  
Campus de San Vicente

UNIVERSIDAD DE ALICANTE  
E-mail: fed4@latinmail.com  
www.enfe.ua.es/fed



# el colchón

de las nubes

## Las suposiciones

Érase una vez, en un lejano reino más allá de los tiempos, se hallaban tres eruditos que a lo largo de un esforzado estudio, habían llegado a poder repetir prácticamente de memoria los libros de sus antepasados.

Un día, sin duda muy bien aconsejados, decidieron realizar un gran viaje a fin de ensanchar sus mentes, vivenciar sus conocimientos teóricos y ampliar la consciencia.

A lo largo de esa aventura aprenderían leyes todavía desconocidas sobre la vida y, asimismo, pensaban que conocerían otras culturas y maneras opuestas a las suyas con lo que se verían enriquecidos de más experiencia y saber.

Llegó el día en el que acompañados con el sol del alba partieron hacia aquellas tierras de las que hablan tan sólo las leyendas... Siguiendo los mapas de sus antepasados y transcurridas varias docenas de jornadas llegaron a un país en el que divisaron, con asombro y desde cierta distancia un enorme rascacielos.

"¿Qué podrá ser ese gigantesco artefacto?", se preguntaron.

Uno de ellos sintió una ráfaga de inspiración que le dijo a su oído interior: "Id allá y averiguarlo".

Pero no... el impulso quedó frustrado. "Eso podría resultar demasiado peligroso porque... ¿Y si aquella enorme cosa estaba viva o mordía? ¿Y si de repente explotaba cuando uno se acercaba a ella?"

¿Y si resultaba ser la gran bestia de la que hablaban las antiguas profecías...?"

Ante tantas consideraciones tan sensatas y prudentes, determinaron que resultaba más prudente "decir" lo que era aquella tremenda "cosa", antes de averiguarlo con la propia experiencia.

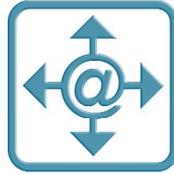
Tras un largo y brillante debate en el que cada cual expuso agudas deducciones y en el que se examinaron diversas teorías, claro está, todo ello basado en la memoria de sus anteriores experiencias pasadas, quizá incluso abundantes por cierto, llegaron a la conclusión de que el objeto en cuestión, fuera lo que fuera, sólo podía haber sido puesto allí por enormes gigantes.

Aquella deducción era tan brillante y satisfacía tanto a los observadores que pensaron que sería más seguro evitar absolutamente aquel país, de manera que sin darle más vueltas, regresaron a su casa orgullosos de sentir que habían añadido uno más a su enorme cúmulo de conocimientos.

Más o menos desde entonces, los poetas y trovadores de los pueblos vecinos cantan algo que dice así:

SI ERES UN BUSCADOR  
¡ABRETE A LO NUEVO!  
QUE LAS SUPOSICIONES Y LOS PREJUICIOS  
SON TAN SOLO PROYECCIONES MENTALES  
QUE REPITEN NUESTRO ARCHIVO PASADO  
¡ABRETE A LO NUEVO!





## <CUIDEN> www.index-f.com

CUIDEN® es la Base de Datos Bibliográfica de la Fundación Index. Incluye la producción científica de la enfermería española e iberoamericana tanto de contenido clínico-asistencial en todas sus especialidades como con enfoques metodológicos, históricos, sociales o culturales. Contiene artículos de revistas científicas, libros, monografías y materiales no publicados. El contenido de CUIDEN aparece publicado en series trimestrales en la revista Index de Enfermería, que los socios de AEC reciben con cargo a su cuota. El acceso a CUIDEN es libre, gratuito y universal.

Si deseas hacer una búsqueda bibliográfica en castellano te recomendamos que visites esta página.

El proyecto Index nace en 1988 por voluntad de un grupo de profesionales vinculados al Servicio Andaluz de Salud, que adoptan la investigación en enfermería y en los cuidados como estrategia para desarrollar los cambios propugnados por la reforma sanitaria. Estatutariamente se constituye como una sociedad científica con el objetivo de desarrollar líneas de investigación en el campo de la documentación científica de enfermería y en 1994 se convierte en una fundación privada sin ánimo de lucro.

## <CINAHL> www.cinahl.com

La base de datos CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) indiza aproximadamente unas 300 revistas de enfermería de todo el mundo. Mayoritariamente recoge revistas escritas en inglés aunque también incorpora algunas en otros idiomas como las revistas españolas Enfermería Clínica, Enfermería intensiva, Metas de Enfermería, y Rol de Enfermería.

En la página web se puede acceder a la base de datos mediante el navegador. Para poder utilizar este servicio es necesario pagar por él y su coste está en función del número de horas que se desee poder estar conectado.

Otra de las posibilidades que tiene la web es la

de acceder a artículos en 48 horas mediante correo electrónico o por fax en condiciones especiales, dado que la base de datos indiza algunos artículos a texto completo.

Si estás interesado en utilizar esta base de datos te recomendamos que antes leas un libro que te puede ser de gran ayuda:

Richart Martínez, M; Cabrero García, J; Tosal Herrero, B; Romá Ferri, MT; Vizcaya Moreno, MF Búsqueda Bibliográfica en enfermería y otras ciencias de la salud. Bases de datos en internet. Publicaciones de la Universidad de Alicante. 2000. <<http://publicaciones.ua.es>>

## <Infermieri> www.infermieri.com

"Bienvenidos a Infermieri.com". Así debuta este sitio web que aspira a convertirse en la mayor biblioteca enfermera online italiana.

La base característica de este proyecto es que todas las enfermeras pueden contribuir a su realización y aún más interesante, es GRATUITO.

La parte más interesante es el ARCHIVO que contiene la parte de documentación subdividida en ÁREAS. Cada Área está compuesta por dos subcarpetas:

- DOCUMENTOS: incluye las publicaciones presentes en el sitio relacionadas con esta área
- RECURSOS: incluye algunos enlaces externos al sitio en los que es posible acceder a otros documentos o información relacionada con el área temática.

La existencia de este sitio web tiene la finalidad de promover y difundir el conocimiento enfermero, a través de la colaboración de colegas, que comparten trabajos de investigación, tesis y protocolos, que de otro modo se perderían.

Así pues, en esencia, es una biblioteca virtual de documentos editados por enfermeros italianos, pero nunca publicados en libros o revistas. Por tanto TOTALMENTE INÉDITOS y descargables entera y gratuitamente en el propio ordenador en formato Acrobat PDF.

Publicar trabajos propios en INFERMIERI.COM es muy fácil: basta con ir a la página destinada a envíos, poner los datos propios, seguir el procedimiento guiado y así se da la posibilidad de enviar el trabajo via web sin usar el correo electrónico.

Para los que necesitan otra información, o se sienten desorientados, pueden siempre recurrir al FAQ.



# Agenda

## Cursos

- **Curso "Envejecimiento y Salud"**  
EASP 60 horas. 5 - 6 de septiembre de 2002.  
Tel.958 02 74 00 - fax.958 02 75 03  
comunicacion@easp.es  
www.easp.es
- **Curso "Las mujeres como cuidadoras de salud"**  
EASP 20 horas. 27 - 29 de noviembre de 2002.  
Tel.958 02 74 00 - fax.958 02 75 03  
comunicacion@easp.es  
www.easp.es
- **Curso "Promoción de salud en jóvenes y escolares. Diseño y evaluación de intervenciones"**  
EASP 120 horas. Comienzo el 1 de octubre de 2002.  
Tel.958 02 74 00 - fax.958 02 75 03  
comunicacion@easp.es  
www.easp.es
- **Curso "Estilos de vida más saludables en adolescentes"**  
EASP 30 horas. 14 - 18 de octubre de 2002.  
Tel.-958 02 74 00- fax.-958027503  
comunicacion@easp.es  
www.easp.es
- **Curso "Metodología de Investigación aplicada a los cuidados"**  
INDEX 260 horas. A distancia.  
Tel.958 522162- fax. 958 522162  
indexcd@interbook.net.  
www.index-f.com
- **Curso "Práctica de la Enfermería Basada en la Evidencia"**  
INDEX 260 horas. A distancia.  
Tel.958 522162- fax. 958 522162  
indexcd@interbook.net.  
www.index-f.com

## Premios

- **Premio investigación y fotografía Metas de Enfermería 2002**  
Hasta el 30 de septiembre de 2002  
Tel.91 543 524 5  
<http://enfermeria21.com/premiosmeta/premios.htm>
- **V Edición Premios anuales SEEI 2002**  
Hasta el 15 de Octubre de 2002  
premios@seei.es

[www.seei.es/premios/premios.htm](http://www.seei.es/premios/premios.htm)  
Premio especial a la mejor pagina web institucional de entidad o empresa, mejor página web general de temática enfermera, mejor artículo o trabajo de enfermería publicado electrónicamente y a la mejor aportación informática en enfermería.

## Jornadas y Congresos

- **I Jornadas sociosanitarias en el medio Rural**  
Torremanzanas (Alicante), 26 de Julio de 2002  
Tel. 965612400-965612211. Fax. 965611129.  
jorsocisan@mixmail.com
- **VI Congreso de Investigación en Enfermería**  
Madrid, 20- 23 de Noviembre de 2002  
Tel. 913877521 - Fax.-913877897  
mmoreno@isciii.es  
www.isciii.es/investen
- **XV Congreso Nacional de Enfermería de Urgencias y Emergencias**  
Toledo, 21-23 de Noviembre de 2002  
Tel. 91 3 90 85 75. Fax. 91 354 50 46.  
seeue@hispanvista.com  
www.enfermeriadeurgencias.com
- **X Congreso de la Sociedad Cubana de Enfermería**  
La Habana, 14 - 18 de octubre de 2002  
Tel.(537) 323614 - Fax. (537) 330732  
socuben@infomed.sld.cu
- **XXIII Congreso de la Sociedad Andaluza de Geriatría y Gerontología**  
Córdoba, 17 - 19 de octubre de 2002  
Tel.-696 19 04 95 - Fax.-954 41 92 12  
información@sagg.org  
[www.sagg.org/activida/congreso/cong2002/base.htm](http://www.sagg.org/activida/congreso/cong2002/base.htm)
- **II Congreso Mundial de Bioética**  
Gijón, 30 de septiembre - 4 de octubre del 2002  
Tel.985 35 46 66 - Fax. 985 35 34 37  
II congreso@sibi.org  
www.sibi.org
- **XX Congreso de Calidad Asistencial**  
Pamplona, 8 -11 de octubre de 2002  
Tel.-948 17 60 90 - Fax.-948 25 86 30  
aberin@grupointro.com  
[www.cfnavarra.es/concalidad/present.htm](http://www.cfnavarra.es/concalidad/present.htm)

# originales



## La formación del enfermer@ en educación para la salud

M<sup>º</sup> José Muñoz París

Haciendo referencia al artículo sobre EpS publicado por M<sup>a</sup> Teresa Luís en la revista Metas de Enfermería en enero del presente año uno de los cambios que hemos tenido que afrontar los enfermeros en un corto espacio de tiempo, es la necesidad de educar a los usuarios en el manejo, de la mejor manera posible, de su propia situación de salud y es que, aunque muchos enfermeros hace tiempo que reconocimos ese deber y nos comprometimos a cumplirlo, no siempre se han logrado los mejores resultados en este empeño. (1)

### SITUACIÓN ACTUAL

Mi reflexión sobre este tema es que, probablemente, la propia inercia sea la que mantenga a la enfermería en la idea de la información como único recurso de educación.

La metodología de la enseñanza en los estudios de enfermería, como en muchos otros ámbitos de nuestra profesión, ha sufrido una evolución importante, sobre todo desde que estos estudios son impartidos en la Universidad, el planteamiento de los profesores ha girado en torno a un eje fundamental: cómo introducir desde las Escuelas Universitarias, las actitudes y comportamientos propios de una Enfermería Científica y moderna acorde con los pensamientos que sobre la salud se hace la humanidad para el siglo XXI. (2)

Dentro de esta enfermería que responda a las necesidades sociales cabe plantearse, la necesidad de dejar de contemplar la educación para la salud como una filosofía y pasar a la acción pues durante bastante tiempo en nuestro país como apuntan Azagra y cols. La EpS parecía ser incapaz de traspasar la fase de las declaraciones de principios (3).

Volviendo a la idea de formación vs información, yo siempre introduzco el tema a mis alumnos con una pregunta al aire como ¿quiénes de vosotros sois fumadores habituales?, siempre hay varias manos que se levantan. La siguiente pregunta es, ¿acaso no estáis informados de los perjuicios del tabaco sobre la salud?. La contestación es obvia, sí

claro. Entonces los abordo de nuevo, ¿cómo es posible que teniendo toda la información continuáis fumando?... Esto les hace reflexionar... Parece que la información, no es suficiente.

### MODELOS

Sin embargo, ha habido varias décadas en las que han proliferado las teorías de corte individualista que basan el éxito de la Eps en el cambio de conducta individual. Podríamos citar el modelo de las "creencias de salud", surgido en los años 50 y que sugiere que las creencias de los individuos influyen de forma sustancial en la toma de decisiones de salud. Aunque años más tarde, los propios autores de esta teoría, han encontrado defectos y carencias en el modelo de creencias de salud (4). Este modelo ha sido fuertemente criticado en los últimos años, aceptándose en general, que no es útil para explicar la modificación del comportamiento en personas sanas. En cambio, se piensa que puede ser útil en la predicción y mejora del cumplimiento del tratamiento. (5)

Otro ejemplo de modelo de corte individualista es el llamado modelo K.A.P (Knowledge, Attitudes, Practices) (6). Según el mismo, un cambio en el conocimiento del individuo, iría seguido del cambio de actitudes, al cual, seguiría irremisiblemente el cambio del comportamiento o la adopción de uno nuevo. Fuente: O' Neill. (5)

## Seamos conscientes de ello, el primer elemento para una Educación para la Salud es una educación para la justicia

No obstante, aunque este modelo ha gozado durante años de la aprobación de muchos expertos de EpS, hoy día es rechazado porque la investigación ha demostrado que la información, aún cuando va acompañada de motivación (comunicación persuasiva), no siempre consigue el cambio de actitud, y cuando lo hace; el cambio de actitud, no siempre conlleva un cambio de comportamiento. En otras palabras, conseguir una actitud favorable al cambio, es necesario para que el sujeto adquiera protagonismo y autorresponsabilidad en el cambio conductual pero, no es suficiente.

Los enfermeros nos enfrentamos a una difícil tarea, que es la de educar y para ello, debemos asumir formas de aprendizaje y entrenamiento en métodos educativos, para lo cual, además de atender al plano personal o interno -me refiero al cognitivo o de conocimientos, y al plano afectivo (creencias,



# Originales

actitudes, autoestima, etc)-, debemos prestar atención también a aspectos sociales o contextuales.

Algunos autores como Green, Pringle y otros, proponen que además de interesarnos por los factores personales, atendamos a los factores externos que influyen al individuo, fundamentalmente a los principales grupos primarios a los que el individuo pertenece, refiriéndose a la familia, compañeros de trabajo, amigos, etc. (6)

De hecho, los programas de EpS dirigidos sólo al individuo han sido un fracaso (7), debido a que estos han ignorado que el individuo vive inmerso en un micro y macroambiente que condiciona su comportamiento.

Cuando hablamos de los factores de tipo ambiental condicionantes de la conducta humana, cabe hacer referencia a un estudio paradigmático al respecto, es el llevado a cabo por Thompson y Ostlund en 1965, realizado con ratas como animales de experimentación, en el cual, los animales fueron inducidos a beber una solución de morfina en presencia de ciertos estímulos ambientales distintivos y claros, para posteriormente retirar la oportunidad de beber la solución con droga. Treinta días después la droga se hizo de nuevo disponible en dos condiciones:

a) En presencia de los estímulos originales para un grupo de animales.

b) En presencia de otros estímulos ambientales distintivos y claros pero diferentes a los originales para otro grupo de animales.

c) Los resultados indicaron que los animales puestos en contacto con la misma estimulación consumieron mucha más morfina que los animales que tuvieron disponible la droga en presencia de estímulos diferentes. Tras numerosos trabajos en la línea anterior, hoy podemos afirmar que los estímulos ambientales pueden convertirse en estímulos discriminativos que adquieren control sobre los repertorios conductuales. (8)

después de éste, múltiples estudios han demostrado la influencia del medio ambiente en la conducta humana, podemos citar entre otros, los estudios sobre la influencia de la clase social y económica sobre la salud llevados a cabo en Inglaterra y Gales en la década de los setenta, en los que se demuestra que la morbi-mortalidad experimenta una correlación inversamente proporcional al nivel socioeconómico; o los estudios sobre mortalidad materno-infantil y renta familiar que se hicieron en España sobre las mismas fechas y que arrojan idénticos resultados. (4)



Dando pues por cierta la gran influencia del medio ambiente físico, psicosocial y socioeconómico sobre los comportamientos de salud, parece obvio, pues que debemos dejarnos de estrategias educativas que sólo influyen sobre el individuo "culpabilizando a la propia víctima", y siendo conscientes de que la educación sanitaria individual caerá en terreno infértil cuando el medio ambiente opone serias resistencias al cambio, en especial, cuando se trata de modificar hábitos fuertemente arraigados como son los hábitos de salud.

Citemos el ejemplo de la enfermera enseñando hábitos correctos de higiene a niños cuyas casas carecen de servicios higiénicos o de agua corriente. O la idea de predicar la abstinencia de alcohol y tabaco, a jóvenes a los que no se les ofrece alternativas de diversión, porque al fin y al cabo, lo lógico es que salgan a la calle a divertirse; y las conductas sanas, no parece que sean las más fáciles de practicar en la calle. Trabajemos pues en la línea de que las conductas sanas no sean siempre difíciles, incómodas y poco apetecibles.

## EDUCAR

Debemos de dirigir pues, la EpS en múltiples direcciones, hacia el individuo sano y enfermo, hacia las familias, hacia las escuelas, hacia las empresas, hacia los políticos que elaboran las leyes y que no siempre van orientadas en la dirección de la salud, hacia las administraciones que distribuyen los recursos y hacia la comunidad en general, que debe estar capacitada para modificar conductas

# originales



individuales y colectivas desde un medio ambiente favorable al cambio.

Para terminar, me gustaría ahondar en la idea de que, debemos enseñar a nuestros alumnos que, modificar hábitos de vida insanos, no debe ser siempre nuestra meta. Ya que la salud no debe convertirse en una obligación, sino que, es parte de los derechos de los ciudadanos.

En palabras del filósofo Fernando Savater (VI Jornadas de EpS de Torrent (Valencia): "la salud no es algo que se deba determinar desde fuera..., sino que cada persona sabe algo de su propia salud que no saben los demás".

Cita Fernando Savater a otro individuo que a su vez dijo: **"Me gustaría saber cuántos grandes versos de Shaskeaspeare se deben a un vaso de vino bebido a tiempo"** (9).

Mi opinión pues, la idea fundamental que me gustaría transmitir a los alumnos de enfermería, puesto que esta ponencia está basada en su formación en este ámbito tan nuevo y tan antiguo a la vez en nuestra disciplina, es que no se trata de educar en la abstinencia sino en la templanza; y en la libertad de decidir, sabiendo que estamos capacitados para hacerlo.

## BIBLIOGRAFIA

1. Luis Rodrigo, M.T. Educación para la Salud. Metas de Enfermería. N.31. Enero 2001. Pag. 28-33
2. De la Torre Fernández Trujillo, J. El alumno y los métodos de enseñanza en los estudios de enfermería. Rol de Enferm. Abril 2001; 24 (4). Pag. 273-276.
3. Lerma Merino, S. Educación para la Salud. Situación actual. Enfermería Científica, N. 174-175. Septiembre 1996. Pag. 4-6.
4. Salleras Sanmartí, L. Educación Sanitaria. Principios, métodos y aplicaciones. Díaz de Santos SA. Madrid, 1990.
5. O'Nelly, M. Vers une Problematique de l'education de Monttreal, 1979.
6. Green, L. Should Health Education Abandon Attitude Change Strategies . Perspectives from Recent Research Health Educ. Monogr. 1970, 1. Pag. 25-46.
7. Cohen, C.L.; Cohen, E.J. Health Education: panacea, pernicious of pointless. N. Engl. J. Med., 1978. 299. Pag. 718-720
8. Gil Roales Nieto, J. Psicología de las Conductas Adictivas. Ediciones Némesis, S.L. Granada. 1996
9. Savater, F. El Valor de Educar...en Salud. VI Jornadas de Educación para la Salud en la Escuela en Torrent, Valencia. Enfermería Comunitaria. Enero, 2001Vol. 7, n. 1. Pag 18-19.

## Luz en Ávila para el lado oscuro de la enfermería

### NIC y NOC

Gracia Álvarez Andrés

Entre las enfermeras hablamos del lado oscuro de la enfermería al referimos a aquellas actividades que realizamos y que sólo son percibidas por los receptores de cuidados. Incluso nosotras mismas sino reflexionamos sobre ello, no somos conscientes de que las realizamos.

Estas actividades no quedan recogidas en ningún sitio. Somos por ello invisibles al sistema, a los gestores y a los compañeros.

En la Universidad de Iowa han intentado dar respuesta a las preguntas de ¿Qué hacen las enfermeras?, ¿Qué impacto causan sus intervenciones en la salud de las personas?.

Los cuidados de enfermería son casi invisibles y existe muy poca información sobre los resultados de las intervenciones de enfermería.

Para saber qué intervenciones realizan las enfermeras y los resultados que producen en la salud de las personas necesitamos un lenguaje propio, que exprese el quehacer enfermero. Un lenguaje que nos permita registrar nuestro trabajo, expresar los objetivos que pretendemos alcanzar con él y evaluar los resultados del mismo. Un lenguaje con el que pongamos de manifiesto la eficacia de nuestras actividades, conociendo el nivel de los resultados obtenidos y el tiempo empleado. Un lenguaje que nos permita debatir acerca de los problemas que tratamos y de las intervenciones más eficaces para resolver esos problemas.

La Clasificación de Intervenciones Enfermeras (NIC) realizada por la Universidad de Iowa, categoriza, estandariza y describe de forma sistemática todo lo que hacen las enfermeras. La clasificación de resultados (NOC) nombra estandariza de forma sistemática y proporciona tests para medir los resultados de las intervenciones enfermeras.

Las intervenciones de enfermería de la NIC han sido relacionadas con los Diagnósticos de Enfermería de la NANDA, con la clasificación de problemas de Omaha y con la clasificación de resultados (NOC).

Los diagnósticos de enfermería, y los problemas de Omaha nos dicen sobre qué actuamos. La NIC nos dice qué intervenciones realizamos y la NOC

# originales



individuales y colectivas desde un medio ambiente favorable al cambio.

Para terminar, me gustaría ahondar en la idea de que, debemos enseñar a nuestros alumnos que, modificar hábitos de vida insanos, no debe ser siempre nuestra meta. Ya que la salud no debe convertirse en una obligación, sino que, es parte de los derechos de los ciudadanos.

En palabras del filósofo Fernando Savater (VI Jornadas de EpS de Torrent (Valencia): "la salud no es algo que se deba determinar desde fuera..., sino que cada persona sabe algo de su propia salud que no saben los demás".

Cita Fernando Savater a otro individuo que a su vez dijo: **"Me gustaría saber cuántos grandes versos de Shaskeaspeare se deben a un vaso de vino bebido a tiempo"** (9).

Mi opinión pues, la idea fundamental que me gustaría transmitir a los alumnos de enfermería, puesto que esta ponencia está basada en su formación en este ámbito tan nuevo y tan antiguo a la vez en nuestra disciplina, es que no se trata de educar en la abstinencia sino en la templanza; y en la libertad de decidir, sabiendo que estamos capacitados para hacerlo.

## Luz en Ávila para el lado oscuro de la enfermería

### NIC y NOC

Gracia Álvarez Andrés

Entre las enfermeras hablamos del lado oscuro de la enfermería al referimos a aquellas actividades que realizamos y que sólo son percibidas por los receptores de cuidados. Incluso nosotras mismas sino reflexionamos sobre ello, no somos conscientes de que las realizamos.

Estas actividades no quedan recogidas en ningún sitio. Somos por ello invisibles al sistema, a los gestores y a los compañeros.

En la Universidad de Iowa han intentado dar respuesta a las preguntas de ¿Qué hacen las enfermeras?, ¿Qué impacto causan sus intervenciones en la salud de las personas?.

Los cuidados de enfermería son casi invisibles y existe muy poca información sobre los resultados de las intervenciones de enfermería.

Para saber qué intervenciones realizan las enfermeras y los resultados que producen en la salud de las personas necesitamos un lenguaje propio, que exprese el quehacer enfermero. Un lenguaje que nos permita registrar nuestro trabajo, expresar los objetivos que pretendemos alcanzar con él y evaluar los resultados del mismo. Un lenguaje con el que pongamos de manifiesto la eficacia de nuestras actividades, conociendo el nivel de los resultados obtenidos y el tiempo empleado. Un lenguaje que nos permita debatir acerca de los problemas que tratamos y de las intervenciones más eficaces para resolver esos problemas.

La Clasificación de Intervenciones Enfermeras (NIC) realizada por la Universidad de Iowa, categoriza, estandariza y describe de forma sistemática todo lo que hacen las enfermeras. La clasificación de resultados (NOC) nombra estandariza de forma sistemática y proporciona tests para medir los resultados de las intervenciones enfermeras.

Las intervenciones de enfermería de la NIC han sido relacionadas con los Diagnósticos de Enfermería de la NANDA, con la clasificación de problemas de Omaha y con la clasificación de resultados (NOC).

Los diagnósticos de enfermería, y los problemas de Omaha nos dicen sobre qué actuamos. La NIC nos dice qué intervenciones realizamos y la NOC

#### BIBLIOGRAFIA

1. Luis Rodrigo, M.T. Educación para la Salud. Metas de Enfermería. N.31. Enero 2001. Pag. 28-33
2. De la Torre Fernández Trujillo, J. El alumno y los métodos de enseñanza en los estudios de enfermería. Rol de Enferm. Abril 2001; 24 (4). Pag. 273-276.
3. Lerma Merino, S. Educación para la Salud. Situación actual. Enfermería Científica, N. 174-175. Septiembre 1996. Pag. 4-6.
4. Salleras Sanmartí, L. Educación Sanitaria. Principios, métodos y aplicaciones. Díaz de Santos SA. Madrid, 1990.
5. O'Nelly, M. Vers une Problematique de l'education de Monttreal, 1979.
6. Green, L. Should Health Education Abandon Attitude Change Strategies . Perspectives from Recent Research Health Educ. Monogr. 1970, 1. Pag. 25-46.
7. Cohen, C.L.; Cohen, E.J. Health Education: panacea, pernicious of pointless. N. Engl. J. Med., 1978. 299. Pag. 718-720
8. Gil Roales Nieto, J. Psicología de las Conductas Adictivas. Ediciones Némesis, S.L. Granada. 1996
9. Savater, F. El Valor de Educar...en Salud. VI Jornadas de Educación para la Salud en la Escuela en Torrent, Valencia. Enfermería Comunitaria. Enero, 2001Vol. 7, n. 1. Pag 18-19.



# originales

qué resultados obtenemos. Al relacionarlas podríamos decir que ordenamos el puzzle.

## ¿CÓMO TRABAJAMOS LAS ENFERMERAS?

Empezamos por realizar una valoración para poner de manifiesto que problemas hay. Expresamos éstos en términos de diagnósticos de enfermería y establecemos un plan de cuidados, que incluye los objetivos que pretendemos alcanzar (resultados) y las intervenciones que debemos realizar para conseguirlos. Finalmente evaluamos nuestro trabajo.

El concepto  
"Diagnóstico" no es  
patrimonio de nadie,  
resulta obligación de todos.

C. Eseverri

## CLASIFICACION DE INTERVENCIONES

La NIC es útil para la documentación clínica, para la comunicación de cuidados en distintos ámbitos, para la integración de datos en sistemas y entornos, para la búsqueda de la eficacia, para la medida de productividad, para la evaluación de las competencias, para el reembolso y para el diseño curricular.

La NIC se puede utilizar en todos los entornos y en todas las especialidades. La mayoría de las intervenciones se utilizan para las personas, pero también hay intervenciones sobre las familias, ej. promoción de la integridad familiar, o para la comunidad, ej. gestión ambiental.

La NIC define una Intervención como "todo tratamiento basado en juicio y conocimiento clínicos que una enfermera lleva a cabo para mejorar los resultados de los enfermos" (para mejorar la salud de las personas). Puede ser interesante sustituir la palabra enfermo por la de persona, dado que hay cambios en la salud de las personas que precisan cuidados de enfermería. Éstos cambios no son enfermedades. Por ejemplo una mujer embarazada, el paso de la niñez a la adolescencia...

La última publicación de la NIC es del año 2000, en ella hay registradas 486 Intervenciones, agrupadas en 30 clases y en 7 campos (fisiológico básico, psicosocial complejo, comportamiento/conducta, seguridad, familia, sistema sanitario y comunidad). Cada Intervención figura en la clasificación con un nombre-etiqueta, una definición, un conjunto de actividades que deben ser llevadas a cabo, con una lista de artículos de fondo que sustentan el desarrollo de la intervención y con un número único (código).

Se prevén revisiones cada 4 años. Estarán abier-

tas a modificaciones o a nuevas inclusiones después de pasar los filtros establecidos.

## LA CLASIFICACION DE RESULTADOS

La clasificación de resultados (NOC) nos permite saber en qué medida hemos conseguido los resultados y en cuanto tiempo. En definitiva, nos permite mostrar la eficacia de nuestro trabajo para mejorar la salud de las personas.

La clasificación de los resultados (NOC) es una clasificación global y estandarizada de los resultados del enfermo/cliente desarrollados para evaluar los efectos de las intervenciones de enfermería. Podríamos sustituir las palabras enfermo/cliente por la de persona, por las razones expuestas anteriormente.

La NOC es útil para la documentación de registros electrónicos, para los sistemas de información clínica, para el desarrollo de los conocimientos de enfermería y para la formación de enfermeras profesionales.

Un resultado es "un estado individual, familiar o comunitario que se puede medir, o un comportamiento o percepción que se mide durante un período de tiempo y que es una respuesta a las intervenciones de enfermería", se utilizan en cualquier entorno y para cualquier población.

La clasificación tiene registrados 260 resultados por orden alfabético, cada resultado tiene una definición, una lista de indicadores que se pueden utilizar para evaluar el estado del enfermo en relación con el resultado, una escala de Likert de 5 puntos para medir el estado del enfermo (desde 1-sumamente comprometido a 5 no comprometido, y desde 1- nunca demostrado hasta 5- demostrado de forma consistente) y una breve lista de referencias utilizadas en el desarrollo del resultado.

Los resultados están agrupados en 29 clases y 7 campos (Salud funcional, Salud fisiológica, Salud psicosocial, conocimientos, conducta sanitaria, Percepción de la salud, Salud familiar y Salud comunitaria. Cada resultado tiene un número único (código).

La 2ª edición de la NOC contiene 247 resultados de nivel individual, 7 de nivel familiar y 6 de nivel comunitario.]

## BIBLIOGRAFÍA

- Bulechek, G Johnson, M. Documentación de apoyo III Jornadas de Trabajo AENTDE. Ávila 26 y 27 de octubre 2001. AENTDE. (2001)
- McCloskey, Jc; Bulechek, G M. Proyecto de Intervenciones de IOWA. NIC, Barcelona: Harcourt. 2001
- Johnson, M; Maas, M; Moorhead, S. Proyecto de resultados de IOWA. NOC. Barcelona: Hancourt. 2001



## Enfermería Basada en la Evidencia Cómo incorporar la Investigación a la Práctica de los Cuidados



En la enfermería española se ha oído el ruido de la evidencia pero no su melodía. Con estas palabras introduce el autor este libro que nos inicia con una redacción clara, sencilla y fluida en la Enfermería Basada en la Evidencia.

Según el autor este libro "pretende promover el conocimiento del modelo de la evidencia científica entre las enfermeras clínicas, gestoras y docentes, y capacitarlas en la

búsqueda de información científica que pueda ser incorporada a la práctica para modificarla en aras de la eficiencia. Pretende mostrar algunas herramientas que ayuden a las enfermeras a hacerse preguntas y buscar respuestas válidas (aproximación a la verdad) y útiles (aplicabilidad clínica) en el trabajo diario. Proporciona instrumentos críticos de análisis, interpretación y valoración de documentos científicos; métodos de revisión de la literatura científica y localización de artículos pertinentes; y finalmente, formas para resumir y sintetizar la información relevante para utilizarla en la práctica diaria o para comunicarla a la comunidad científica.

Enfermería basada en la Evidencia aspira a cultivar en el lector el pensamiento crítico y la capacidad para formular preguntas útiles y que puedan ser contestadas. A que las respuestas halladas en el proceso de investigación secundaria sean de utilidad en la práctica clínica. A enseñar un nuevo tipo de investigación, la investigación secundaria, como un método válido de indagación y adquisición de conocimiento generador de cambio."

Gálvez realiza un interesante ejercicio de revisión del concepto de Enfermería Basada en la Evidencia y se cuestiona si realmente no es sino una traslación

literal del concepto de Medicina Basada en la Evidencia en el que se ha sustituido el sustantivo Medicina por Enfermería.

El libro aborda tres aspectos diferenciados: los aspectos conceptuales de la evidencia enmarcándola en el conocimiento científico ligándolos a la investigación en enfermería, la investigación documental, y por último la metodología para la búsqueda de la evidencia.

En definitiva, un libro que no puede faltar en nuestros estantes.]

### REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

Alberto Gálvez Toro  
Enfermería Basada en la Evidencia  
Cómo incorporar la Investigación a la Práctica de los Cuidados  
Cuadernos Metodológicos Index 1. 2000, 221 págs,  
ISBN: 84-921069-9-9

### CONTENIDOS

- Introducción.
- 1. Aproximación a la Evidencia Científica: Definición, Fundamentos, Orígenes e Historia.
- 2. Evidencia Científica en Enfermería. Contextualización del Problema.
- 3. Documentación y Producción Científica de la Enfermería Española.
- 4. Bases de Datos y Fuentes Documentales Secundarias en Biomedicina y Enfermería.
- 5. Fuentes Documentales en Biomedicina y Enfermería sobre Evidencia Científica.
- 6. La Revisión Bibliográfica.
- 7. La Revisión Sistemática y la Calidad de la Investigación.
- 8. Evaluación de la Calidad de los Diseños de Investigación (I). El Ensayo Clínico.
- 9. Evaluación de la Calidad de los Diseños de Investigación (II). Estudios casos-contrroles y Cohortes, estudios de Diagnóstico y estudios Cualitativos.
- 10. Evaluación de la Calidad de los Diseños de Investigación (III). Meta-análisis, Análisis de Decisión, Análisis Coste-efectividad y Guías de Práctica Clínica.
- 11. El Informe de la Evidencia: la Lectura Crítica y el Informe de Revisión Sistemática. Cómo Elaborar un Artículo.
- 12. Epílogo. Glosario de términos.



## Ley de consolidación y provisión de plazas del personal estatutario

Manuel Mañá González

El objetivo de este artículo es exponer en primer lugar los motivos por los que surgió esta ley y los fines que persigue, y en segundo lugar y más importante, crear un foro de análisis de la misma donde los profesionales de enfermería puedan exponer libremente su opinión al respecto sobre:

- Las consecuencias que la ley va a tener para la Atención Primaria
- Qué deberían hacer al respecto las sociedades científicas relacionadas con la enfermería comunitaria y la atención primaria.

### LA LEY

Ley 16/2001, de 21 de noviembre, por la que se establece un proceso extraordinario de consolidación y provisión de plazas de personal estatutario en las Instituciones de Sanitarias de la Seguridad Social de los Servicios de Salud del Sistema Nacional de Salud. (BOE N° 280 de 22 de Nov de 2001)

La exposición de motivos que justifican la necesidad de esta ley, expuestos de forma imparcial y telegráfica, son los siguientes:

- El modelo de organización y gestión de la sanidad se ha visto sometido desde su creación a un intenso proceso de crecimiento y desarrollo, con el lógico incremento de recursos humanos: el fuerte aumento que han experimentado las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud y la inclusión como población protegida de nuevos grupos de usuarios.
- El elevado porcentaje de personal sanitario que mantiene una vinculación temporal de prestación de servicios con la consecuente precariedad en el empleo.
- El hecho de que la solución del problema de la temporalidad del personal aplicando los procedimientos selectivos y de provisión establecidos en la ley 30/1999, requeriría una larga dilación.

- El proceso de transferencias a las Comunidades Autónomas requiere intentar resolver el problema evitando que sea trasladado a las mismas.

Por todo lo expuesto en la citada ley se establece en primer lugar un concurso de traslados para el personal estatutario fijo, mediante un sistema de concurso en el que sólo se valoran los servicios prestados. En segundo lugar se realiza una convocatoria extraordinaria que consta de una fase de selección basada en un concurso-oposición. La fase de oposición parte de un temario "muy reducido" si lo comparamos con los precedentes de otras convocatorias. La fase de concurso valorará exclusivamente los servicios prestados y en caso de empate, se resolverá a favor del que mayor puntuación presente en el apartado de experiencia profesional en la correspondiente organización.

### PROPUESTAS

A la vista de lo expuesto conviene preguntarse:

- ¿A qué precio vamos a solucionar el problema?
- ¿Va a afectar a la calidad asistencial?
- ¿Quiénes van a ser los grandes perjudicados por esta ley?
- ¿Quiénes van a ser los grandes beneficiarios de esta ley?

Lo importante es la opinión de todos vosotros y para ello vamos a abrir un foro de opinión al respecto, abierto a todos a través del correo electrónico: [aec@enfermeriacomunitaria.org](mailto:aec@enfermeriacomunitaria.org) indicando como asunto Foro de opinión A/A Manuel Mañá. Es importante recordar que se trata de un foro de opinión y no de discusión, por lo que cada uno puede expresar su opinión libremente de forma breve pero no centrarse en debatir sobre la de los demás. Hoy vamos a empezar con los siguientes compañeros:

### FORO

**M<sup>a</sup> Elena Fernandez Martinez. Profesora de la Escuela de Ciencias de la Salud de la Universidad de León. (Campus de Ponferrada). Socia de AEC:** "Pienso que la ley limita el futuro laboral en España de nuestros alumnos, porque les envía sin remedio a una serie de contratos de poca duración sin ninguna posibilidad de contratos de larga duración ni estabilidad en el empleo, abocando a nuestros futuros compañeros a la emigración a otros países después de formarles durante tres años. En cuanto a los recién diplomados pienso que están en desventaja, porque en el baremo del concurso echo en falta la valoración del expediente académico así como de algunos méritos tal cual publicaciones u otros trabajos científicos, por no decir los méritos de docencia.

Creo que las sociedades científicas deberían empezar por la denuncia social del hecho, sería un buen paso para comenzar. Siguiendo por la información exhaustiva de las consecuencias a todos los implicados, recogida de firmas y propuestas y presentación en el órgano competente."



**Gracia Alvarez Andrés. Vocal de AEC en Castilla y León. Enfermera del EAP José Aguado:** "La movilidad obligada de las enfermeras en sus puestos de trabajo puede suponer una inadecuación a otro puesto que vaya a desempeñar. Si una enfermera que durante años ha trabajado en primaria y se ha formado para desarrollar su puesto de trabajo va a trabajar al hospital, en primaria se perderá una persona válida y formada para desempeñar su puesto. Y en cierta medida se desperdiciará la inversión en formación que se haya hecho para adecuarla al puesto de trabajo. Si ésta enfermera sólo cambia de puesto y va a primaria, lo que cambia es la población a la que va atender. Puede haber un lapsus de tiempo mientras conoce a la comunidad, y que ésta se vea perjudicada por el cambio de profesional hasta que el engranaje vuelva a funcionar.

Para no ver sólo puntos negativos, dado que ninguna situación es sólo negativa, diremos que la movilidad de los profesionales que se desplazan traen una nueva perspectiva, y a su vez éstos llevan otro punto de vista donde van. Por ejemplo, una enfermera que vaya de primaria a especializada puede llevar el mensaje de que en primaria realmente se realizan unas actividades que repercuten en la mejor salud de la comunidad. En el caso contrario del hospital a la primaria, éstas enfermeras pueden traernos a la primaria técnicas que se emplean en el hospital y no en la primaria.

Hay una idea generalizada de que las enfermeras del hospital vienen a la primaria a descansar del estrés. En éste punto es donde las enfermeras de primaria tenemos la obligación de demostrar que en la primaria hay que trabajar por la salud de las personas, las familias y la comunidad. Éste trabajo puede no ser tan estresante como una parada en la UVI, pero ir a trabajar a un domicilio sin los medios de que se dispone en el hospital también es un reto. Procurar que la gente modifique hábitos de vida porque no son saludables tampoco tiene nada de fácil."

**Ana Covadonga González Pisano. Enfermera Centro de Salud Villablino:** "¿Consolidación de empleo o anclaje profesional? En una España integrada en el s. XXI, en pleno desarrollo europeo y global; en una España con una sanidad que apuesta como nunca por la Enfermería, donde se está gestando el desarrollo de las especialidades, en general, y la de "Enfermería en salud familiar y comunitaria" en particular; ¿cómo se puede defender una ley en que los profesionales —con independencia de su bagaje formativo y profesional en la Atención Primaria de Salud— no tienen cabida en éste ámbito? ¿cómo comprender un concurso de traslados —en que los propietarios accedieron por un concurso-oposición que delimitaba, acertadamente, campos tan dispares como el hospitalario y la atención pri-

**La movilidad obligada de las enfermeras en sus puestos de trabajo puede suponer una inadecuación a otro puesto que vaya a desempeñar.**

maria- en el que únicamente se barema el tiempo trabajado para la institución? ¿qué sentido tiene que nuestro colectivo profesional y el Ministerio de Sanidad potencie y fomente la creación de tan necesaria especialidad, con sus características, necesidades y perfil propio, si a la postre, la única capacitación exigida para trabajar en éste medio es el tiempo trabajado en cualquier otro? ¿dónde está la calidad de atención a nuestros principales destinatarios clientes/usuarios, en el primer eslabón de atención del Sistema de Salud español?. Expreso estas reflexiones en alto, abiertas a debate y discusión, como denuncia y protesta de un proceso que, en lo referente a Atención Primaria, temo va a suponer un paso hacia atrás en detrimento de la atención, la prevención y promoción de la salud, la calidad, la satisfacción de los usuarios y ¡sin duda! en la promoción y el desarrollo de la Enfermería."

**Amparo Mesas Sáez. Enfermera Centro de Salud Ponferrada II:** "Pienso que es un grave error que va a afectar a la calidad de atención a la población, puesto que la enfermera de A. P. desempeña un trabajo diferente al de la enfermera hospitalaria, para el cual es preciso una preparación adecuada. Esta preparación estaba garantizada con el método de selección de acceso a través de un concurso-oposición separado para atención primaria y otro para atención especializada.

Creo que desde las sociedades científicas deberían luchar por concienciar a los profesionales de atención primaria primero, y a los poderes competentes después para que si ya no se puede parar la ley por lo menos que el sistema de selección sea más adecuado, luchando por un baremo en el que se tengan en cuenta otros méritos como publicaciones, experiencia en atención primaria más valorada para ocupar un puesto en primaria y lo mismo para especializada, docencia..."



## Sobre la enfermera escolar

Cobas E, Lista MJ, Álvarez M, Prenas S, González C.

Estimados compañeros,

Les dirigimos la presente con relación a la sección "Revista a las Revistas" del volumen 7, número 2 de este boletín, donde el Sr. Mañá analiza críticamente el artículo "En qué manera es la enfermera escolar una necesidad sentida por los padres de los niños escolarizados en enseñanza primaria".

Dado que hace ya algún tiempo que dedicamos nuestro esfuerzo investigador al campo de la salud escolar, y defendemos crítica y científicamente el trabajo de la enfermería en los centros educativos de nuestro país, nos gustaría que al margen de la constructiva crítica realizada por el Sr. Mañá se recogiese también la nuestra, pues a nuestro entender supone una nueva alternativa a considerar antes de pronunciarse en contra del posicionamiento de las autoras del artículo.

Creo que tres son las ideas centrales que nos unen con dicho análisis crítico:

- Existe una realidad científicamente evidenciable de un estilo de vida insano que además de hacer a los jóvenes más vulnerables frente a la enfermedad, no promueve la salud ni el bienestar.
- La población de niños y jóvenes sanos se encuentra habitualmente en la escuela, es por tanto competencia de la enfermera comunitaria acercar los recursos del sistema sanitario a donde se encuentra la comunidad tanto sana como enferma. No tiene sentido contratar a un nuevo profesional para la salud escolar cuando ya existe uno que cobra por dicha prestación.
- La educación para la salud debe ser una enseñanza de tipo transversal y no una asignatura diferenciada y añadida al currículo del escolar como proponen muchos profesionales de enfermería.

Frente a estas tres premisas querríamos añadir otras para suscitar la reflexión:

La salud escolar es uno de los grandes temas olvidados en la atención primaria de salud al menos así nos lo han manifestado los enfermeros gestores y asistenciales a los que hemos entrevistado en un

estudio cualitativo dirigido a conocer dicha situación en nuestro medio.

Existen trabajos realizados en nuestro país donde los profesionales de enfermería comunitaria comparan la atención a los escolares sanos en el centro de salud y en la escuela, ofreciendo mejores y mayores resultados en las experiencias realizadas en el ámbito educativo. Así mismo, existen experiencias en nuestro país de médicos escolares que han ayudado de manera significativa a la integración de niños discapacitados física o psíquicamente trabajando desde el sistema educativo.

Con relación a la formación en educación para la salud, que algunos discuten que debería tratarse de una materia diferenciada impartida por enfermeros, es imprescindible que no confundamos áreas culturales con conocimiento de la educación: la función pedagógica no equivale a saber tanta historia como el historiador, tanto de cuidados como el cuidador profesional, a saber qué objetivos se logran al enseñar ese tema, qué destrezas, hábitos y actitudes y conocimientos debe poseer el alumno para conocer ese tema, cuáles se refuerzan con el aprendizaje de esa materia y qué razones hay para utilizar ésta y no otra como conocimiento pedagógico.

Por tanto, la enseñanza de la educación para la salud como una asignatura más no sólo no sería competencia de un enfermero, sino que con ello se perdería la visión transversal que la LOGSE promulga, además de sobrecargar con una materia más la larga lista de asignaturas que con la última reforma han de estudiar los escolares españoles.

Ante estos hechos los autores nos inclinamos por un modo de hacer enfermería en la edad escolar coherente con nuestra realidad sociosanitaria, aprovechando lo bueno de lo que tenemos en nuestro país, lo bueno de lo que otros tienen, e intentando paliar lo mejor posible, las carencias existentes.

Creemos que entre lo bueno que tienen en otros países está:

- La existencia de la figura de la enfermera escolar en los centros educativos.
- La existencia de formación específica que no generalista para ejercer como enfermeras escolares en algunos de estos países (en el caso suizo de Vaud son especialistas en enfermería comunitaria).
- El aprecio de los niños y jóvenes por los enfermeros escolares, no percibidos como docentes, sino como un aliado suyo dentro del sistema educativo (tal como pudimos observar en alguno de estos países al hablar con enfermeras y con escolares).
- La importante evolución que la enfermería escolar ha sufrido en los últimos años en algunos países pasando de ser un profesional para la resolución de problemas puntuales y la prestación de primeros auxilios a otro de tipo más promotor de la



salud, más orientado hacia la familia y hacia la ayuda en la resolución de conflictos propios de un adolescente pero de índole multidisciplinar.

Entre lo bueno de nuestro sistema, destacamos sin perjuicio de otras características:

- Una atención primaria de salud universal, equitativa, integral e integradora que acerca los recursos del sistema sanitario a la comunidad
- Una enfermería que lucha por consolidarse como profesión de reconocido prestigio en la sociedad con un producto único y diferenciado y un alto grado de cualificación científica y humana.
- Un marco legislativo donde se recoge la importancia de una adecuada coordinación entre el sistema sanitario y el educativo para la provisión de la mejor atención posible
- La proximidad inminente de que se desarrolle la especialidad de enfermería comunitaria

Creemos que sin embargo existen limitaciones para la enfermería escolar, allí donde existe fundamentalmente porque en algunos países donde la atención a los jóvenes queda en la mano de las enfermeras escolares y de los pediatras privados sin la relación a través de una APS, estas enfermeras escolares echan en falta el conocimiento de la familia y el contacto con los demás niveles y profesionales de la salud y de lo social para poder prestar una atención más integral.

Algunas enfermeras escolares entrevistadas refieren que no siempre les llega la información de los pediatras, desconocen los procesos de enfermedad, y las recomendaciones terapéuticas que le han sido prescritas, parcializándose la visión holística de la persona y perdiéndose la posibilidad de una atención multidisciplinar mucho más efectiva y eficiente.

Por otra parte, hay países que carecen de un marco legal que les facilite el contacto con las partes implicadas en la salud del escolar y su familia, lo que no potencia ni facilita el contacto del sistema sanitario y el educativo. Hoy en día son imprescindibles con independencia de que existan enfermeras escolares o comunitarias.

En nuestro país, los niños (dependientes para el autocuidado) quedan bajo la atenta supervisión de sus maestros durante toda la jornada escolar. Curiosamente hemos encontrado a algún maestro que manifiesta no sentirse responsable del cuidado de los niños durante dicha jornada, y a otros que manifiestan su miedo ante niños con patologías crónicas, ya que la formación y la información que tienen de su proceso y de los cuidados a seguir suele ser mínima y provenir de los padres, que sugieren las actuaciones a seguir en casos de crisis, pero no les capacitan para poder prevenir éstas.

Por todo ello y fruto de nuestras actuales investigaciones para conocer las necesidades sentidas y

percibidas de los maestros, y los modelos de enfermería escolar de otros países, creemos que sería de gran ayuda la reorientación del trabajo de los actuales enfermeros comunitarios de la edad pediátrica hacia los centros educativos de la población a la que atienden, de manera que continuasen siendo miembros del equipo de atención primaria de salud, y reuniéndose a diario con sus integrantes.

De este modo, al igual que acuden a los domicilios de sus pacientes, irían a las escuelas y pasarían allí sus consultas con la misma historia clínica que se custodia en el centro de salud, y trabajando en estrecha colaboración con los demás miembros del equipo de atención primaria de salud. Creemos que con ello se facilitaría el acceso de los niños y jóvenes a este profesional (ya demostrado en otros países) se mejoraría la comunicación con los niños y con los maestros, se fomentaría la confianza y seguridad de los padres, se contribuiría a una educación transversal más eficaz y eficiente al estar a disposición de los docentes y en suma, se mejoraría la calidad de vida en los centros educativos además de contribuir al desarrollo de una enfermería comunitaria más autónoma y próxima a la comunidad.

Quizás como todos los cambios, éste se vea como una dificultad añadida, o quizás muchos vean en ello una verdadera oportunidad para hacer enfermería comunitaria, y servir a la sociedad que da sentido a nuestra profesión.

Gracias por recoger nuestra aportación. ]