Sextas Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente

«LA ENFERMERIA EN EL SISTEMA DE SALUD»

Madrid
Días 6, 7 y 8 Diciembre 1985

COPYRIGHT 1985 A.E.E.D.

Este libro no puede ser reproducido, total o parcialmente sin autorización escrita del editor.

I.S.B.N.: 600 - 1674 - 5

Sextas Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente

«LA ENFERMERIA EN EL SISTEMA DE SALUD»

Madrid
Días 6, 7 y 8 Diciembre 1985

Figura 5

MODELO ELEMENTAL DE CAMBIO EN ENFERMERIA:

— DESCONGELAR EL SISTEMA DE ENFERMERIA TRADICIONAL.

— PASAR A UN PATRON NUEVO.

— RECONGELAR EL SISTEMA SEGUN EL NUEVO PATRON.

EL SISTEMA DE SALUD ESPAÑOL, DESCRIPCION Y OBJETIVOS

CARLOS HERNANDEZ GIL
Subsecretario del Ministerio de Sanidad y Consumo.

CONFERENCIA INAUGURAL

Atendiendo al título de la Conferencia, la Reforma Sanitaria en España, debo referirme necesariamente al Proyecto de Ley General de Sanidad, presentado al Congreso y aprobado con las modificaciones debidas por éste. En este Proyecto se encuentra definido el modelo de Reforma Sanitaria que hemos elegido, sus conceptos fundamentales y lo que ha de ser la política del Departamento de Sanidad y Consumo.

Recientemente, S.M. el Rey, expresaba su convicción de que había que «renovar y modernizar España», renovación y modernización que implican, en unos casos, creación, en otros reforma, y en otros, redistribución de los recursos de lo que se desea mejorar.

En el área sanitaria, las palabras de S.M. el Rey cobran todo su significado cuando comprobamos que nuestro aparato legislativo sanitario ha sido insuficiente, confuso y disperso —por no decir obsoleto— y que en poco podría defender adecuadamente la salud de los españoles.

Por ello, la Ley General de Sanidad engloba la regulación de todas las acciones que nos permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud, reconocido por el artículo 43 de nuestra Constitución, mediante la configuración de un sistema nacional de salud como aglutinante de los servicios de salud del Estado y de las Comunidades Autónomas.

Tres son los conceptos fundamentales en que se basa la reforma emprendida:

1.—Un nuevo concepto de Atención Primaria y de Atención Hospitalaria.

2.—El desarrollo de un sistema de planificación sanitaria, como único capaz de corregir las desigualdades sociales y geográficas existentes.

3.—Una descentralización de la Asistencia Sanitaria que no sólo acerque a los ciudadanos los servicios de salud, sino que permita a éstos participar activamente en ellos.

Cuando un país emprende una reforma sanitaria, ello se debe siempre a que existe un consenso general de que la reforma es necesaria; como es lógico, varían sin embargo los criterios sobre como ha de ser llevada a cabo esta reforma. Su carácter dependerá de las necesidades, de los recursos existentes y de la distribución de éstos, y, naturalmente de la ideología de los encargados de su realización, a la hora de establecer las prioridades.

Toda reforma choca, necesariamente, con la oposición de formas diferentes de hacer política, con situaciones de privilegio y con el miedo natural al cambio. Todos los grupos sociales y profesionales experimentan una natural resistencia al cambio y por ello, una reforma exige la adquisición de nuevos posicionamientos mentales y un tiempo para su asimilación. Quiere ello decir, que toda reforma debe ser, necesariamente, lenta.

Afortunadamente tenemos ya el ejemplo de otros países del área en cuyo contexto nos movemos, los países de la Europa Occidental. Muchos de sus problemas han sido y son los nuestros, por ello muchas de sus soluciones serán también las nuestras.

Tenemos, sin embargo, diferencias que señalaremos separadamente.

Entre los problemas que hemos encontrado en el análisis de la evolución sanitaria europea, nos encontramos:

1.—El crecimiento experimentado por la economía desde los primeros años del siglo, y, sobre todo, a partir de la Segunda Guerra Mundial, ha hecho que la salud y los sistemas sanitarios experimenten un crecimiento enorme, anárquico en muchos sectores de la sociedad. Por ello, la tendencia a la cobertura sanitaria ha experimentado una ampliación sin precedentes tanto en los recursos humanos como de los servicios que ofrecen. Es decir, los servicios sanitarios, en general, en muchos casos donde existen, están sobredimensionados y faltan en otros. Unos y otros están mal distribuídos.

2.—El aumento progresivo del coste de la salud, derivado, tanto del coste implícito de los servicios, personal, tecnología, etc., como del aumento de la demanda, ha producido en los últimos años una situación de crisis en la que el sector sanitario compite en lo que a presupuestos se refiere, con otros sectores.

3.—De un estado de satisfacción progresiva sobre la cobertura de la demanda, se ha pasado a una opinión crítica. Cada vez es mayor el gasto sanitario y surge la duda de si este aumento ha tenido una relación proporcional con una mejora del estado de salud. Así hay muchas voces que se levantan, criticando el hecho de que los médicos, formados con presupuestos nacionales a un elevado coste, no cuiden de la salud, sino únicamente la enfermedad.

Al mismo tiempo, el aumento de la tecnología asociada al tratamiento no parece tener relación con el descenso de la mortalidad ni tampoco con el estado general de salud de la población en lo que a morbilidad e incapacidad se refiere y a la tasa bruta de mortalidad. En efecto, desde hace algunas dé-

cadas, el aumento del gasto sanitario ha sido exponencial mientras que el estado de salud de la población se mantiene en una meseta.

A ello, se han añadido otros problemas. Uno de ellos es el aumento de la longevidad de la población, que ha hecho que se produzcan importantes cambios en la patología y en las necesidades no sólo sanitarias sino también sociales.

Otro problema deriva de lo que el Profesor Van der Werff denomina «Prosperidad como causa de enfermedad»: Las ciudades industriales tienen su propia patología, la del medio ambiente y la del estilo de vida de la población, lo que induce a tasas elevadas de enfermedades cardiovasculaes, de tumores malignos, de alcoholismo, de toxicomanías, etc. Ello obliga a prestar especial atención a grupos y factores de riesgo, con énfasis en la prevención, la rehabilitación, la educación sanitaria y la promoción, en general de la salud.

Como se ve, podemos identificarnos absolutamente con esta problemática general, pero España debe afrontar, además, en su reforma sanitaria un contexto general de cambio que afecta a todas las estructuras organizativas en el terreno político y dentro de una crisis que afecta a todos los sectores. En el terreno político tenemos la descentralización del Estado con la constitución de las Comunidades Autónomas, que plantea un sistema de servicios y presupuestos que, si bien es favorable tanto desde el punto de vista de la gestión, como desde el punto de vista del control por la población, plantea también nuevos problemas como son el aumento del gasto y del posbile adeudamiento, que pueden llegar a comprometer la propia supervivencia del sistema con que actualmente contamos. La crisis económica que vivimos, exige un rigor en la gestión y optimización de los recursos, que es la base de la supervivencia, que debe generar recursos puestos a disposición de la propia reforma. De lo contrario, la deuda se convierte en el primer gasto, en detrimento de departamentos, incluídos los sociales. Todo incremento del gasto en la sanidad, debe ir íntimamente unido a un sistema de financiación, de forma que la diferencia sea igual a cero.

Otro problema, derivado del crecimiento que ya antes he calificado de anárquico, deriva de la distribución de los recursos existentes. Así, tenemos que existe una oferta de servicios en muchos casos superior a la demanda real de estos servicios. Ello ocurre, sobre todo en las grandes ciudades, siendo el área rural un problema inverso; o diferencias reales de infraestructura de unas Comunidades Autónomas, con relación a otras.

Tenemos también que al aumentar la oferta, creamos una demanda en gran parte artificial y adaptada a la anterior, demanda que no siempre se identifica con necesidad. Debemos saber diferenciar demanda de necesidad real.

Tenemos, por otra parte, unas necesidades de nuestra población que no son recogidas ni identificadas por el sistema sanitario y, ni siquiera en mu-

chos casos, por la propia población; porque una pieza fundamental de lo que se considera salud pública, es decir la educación para la salud de la población, no se ha llevado a la práctica.

Pero además, los cambios se han de hacer con cautela, sin olvidar que el modelo sanitario propuesto es distinto del existente y que ambos tienen que convivir durante un período de tiempo, con el menor perjuicio posible para el ciudadano.

Debemos pues, a la vez, realizar:

— Una redistribución de los recursos y servicios entre las diferentes Comunidades Autónomas, con criterios de igualdad y solidaridad.
— Y la propia reforma de modernizar un sistema obsoleto, adaptándolo a las verdaderas necesidades de los ciudadanos.
— Y mejorar la gestión, basándonos en indicadores sociales y económicos. Todo ello, en un período de crisis, fundamentalmente económica.

A nivel conceptual, la reforma sanitaria, se debe basar en:

— La planificación.
— La descentralización, con la puesta en práctica de un nuevo sistema de Atención Primaria y de una nueva Asistencia Hospitalaria, sin olvidar que, todos estos conceptos deben ir íntimamente imbricados y que no se puede hablar, por ejemplo, de atención primaria sin hablar al mismo tiempo de descentralización y de participación ciudadana.

A nivel sanitario, el propósito general de la reforma es:

1.—Promover la salud colectiva e individual de los ciudadanos.
2.—Prevenir sus accidentes y enfermedades.
3.—Prestar la atención curativa y asistencial a todas las formas de pérdida de salud.
4.—Facilitar la reinserción social, de especial relevancia por su importancia, en no pocos enfermos que pueden sentirse marginados o vivir en un ambiente hostil, que de ningún modo favorece la superación de su estado de enfermedad.

Definidos, la problemática, el propósito, y el nivel conceptual y sanitario, ¿cuáles son los objetivos?: Dos, fáciles de enunciar y difíciles de realizar.

1.—En el marco de un Estado de Derecho y en una sociedad libre, proteger la salud de todos y cada uno de los ciudadanos, como marca la Constitución.
2.—El reconocimiento del concepto «salud integral» como un todo en el que inciden factores biológicos, psicológicos, ambientales, sociales, económicos..., que, por tanto, requieren la colaboración de múltiples equipos profesionales.

Nuestra reforma se basa en el concepto de salud y no en el de enferme-

dad. Los ciudadanos y nosotros los médicos los primeros, tendemos a pensar que la función primordial de los sanitarios es la de resolver, en la mejor medida posible, los problemas con que se enfrenta el indivíduo cuando enferma: Proporcionarle la mejor atención posible, lo más próxima a su familia y a su entorno, y tomar las medidas necesarias para que obtengan la mejor rehabilitación.

Desde luego, esa es una de las claves de la reforma y en ese intento hemos modificado tanto la Atención Primaria como la asistencia hospitalaria.

Para la Sanidad, la misión de Administrador Sanitario trasciende con mucho este estrecho concepto de sanidad como asistencia. Por ello, para evitar la confusión, hablamos con frecuencia de Salud Pública ya que, aunque término equivalente, este último parece presentar otras connotaciones.

Es preciso destacar, una y otra vez, que se debe atacar a la enfermedad antes de que aparezca. Ello obliga a entrar en múltiples niveles, tanto nacionales, e incluso internacionales, como regionales o locales.

La enfermedad se debe a factores ambientales, laborales, sociales. Se debe a la alimentación y los hábitos y costumbres, al desarrollo tanto como a la ausencia del mismo.

Las fábricas que facilitan nuestra vida diaria, al igual que el automóvil, alteran el ambiente, como lo hacen los plaguicidas que nos permiten obtener mejores cosechas.

Nuestra civilización, cambiando las pautas de ocio y trabajo, facilitando el sedentarismo, el consumo de alcohol y el de tabaco, incrementando los niveles de ruido y de contaminantes atmosféricos, agrede al hombre.

Así pues, existen toda una serie de factores que, en última instancia, provocan la enfermedad y que varían de unas regiones a otras, del área rural al medio urbano.

En muchos casos, esos factores son competencia del Estado, como ocurre con la Red de Vigilancia Ambiental de los países mediterráneos o la lluvias ácidas que pueden, eventualmente, llegar de otros países. En otros casos, será la región, la comunidad autónoma o la provincia la mejor preparada para combatirlos. Y, por último, en cada caso concreto el papel a desempeñar por la comunidad local, el vecindario y sus autoridades será fundamental.

Tenemos pues un primer escalón dentro de la Salud Pública que hasta ahora ha sido poco valorado y que no se ha engranado de manera firme en lo que se ha discutido sobre la reforma. Al igual que en los aspectos que conciernen a los servicios sanitarios, destaca la misión de la asistencia primaria, de la que siempre se ha dicho que es competencia «La Protección y Promoción de la Salud» e igualmente importantes son los conceptos de planificación de las actividades y de descentralización.

Tenemos un segundo apartado que se refiere más estrictamente a las enfermedades producidas por seres vivos: La vigilancia de las aguas y del sa-

neamiento, la contaminación de los alimentos y de sus manipuladores, el control de las afecciones transmitidas por animales y, finalmente, la prevención de las que pasan de hombre a hombre, mediante la vacunación.

Así pues, el campo de la salud es inmenso y toca todos los aspectos de la vida del hombre, formando un conjunto de acciones en el que todas las autoridades deben actuar coordinadamente y por las que se les deben pedir, dado el caso, responsabilidades.

Desde esta perspectiva, la visión de una Reforma Sanitaria enfocada únicamente hacia la distribución de los médicos o su número es francamente estrecha.

Ello no quiere decir que se puede olvidar los aspectos relacionados con la curación de las enfermedades.

La curación de las enfermedades y la posterior rehabilitación deben reunir las máximas garantías desde un doble aspecto:

— En primer lugar, debe ofrecer calidad científica, rapidez, facilidad de acceso y
— En segundo lugar, debe ser humana.

Con ello quiero decir que no debe implicar el extrañamiento del enfermo de su familia y de su medio habitual, y debe atender a los aspectos físicos y mentales de la enfermedad.

¿Cómo podemos comenzar a resolver todos estos problemas?

Nosotros hemos elegido la vía de la asistencia primaria y hospitalaria, y de la descentralización simultánea solidaria, estableciendo previamente unos servicios sanitarios mínimos para todos los ciudadanos del Estado a partir del cual debamos transferir la gestión.

No entendemos la asistencia sanitaria como un mero volver atrás hacia el médico de cabecera, ni como un medio de «abaratar los costes», entendemos la Asistencia Primaria como el método fundamental, por el que el ciudadano puede participar y colaborar activamente en su propia salud, como el método para conocer el diagnóstico de salud de la población y proponer las medidas, diferenciadas e individualizadas, que tiendan a corregir los problemas.

Creemos que se debe llevar a cabo una inversión de lo que hasta ahora ha sido la pirámide planificadora. La Atención Primaria debe servir para conocer las situaciones de riesgo de salud y enfermedad de los ciudadanos a fin de proponer los programas más idóneos en cada caso. Este diagnóstico de salud debe ascender por escalones sucesivos, a fin de que, en cada caso, se tomen las decisiones más convenientes, primero en la propia zona de salud, luego en el área, luego a nivel de la Comunidad Autónoma y, por último, a nivel de todo el Estado.

En este diagnóstico de salud deben intervenir activamente los ciudadanos identificando sus propias necesidades; al mismo tiempo, es a este nivel donde se debe prestar la debida atención a la educación sanitaria de la población, a

fin de conseguir su colaboración más activa y eficaz.

¿Cual es entonces el papel de los hospitales en esta reforma que queremos emprender?.

Es evidente que, si bien, nuestra reforma sanitaria está orientada hacia la salud, y que entendemos la Atención Primaria como una forma de promover el estado de la salud, los hospitales deben tratar la enfermedad.

A nivel de los hospitales, pretendemos:

En primer lugar, mejorar la calidad asistencial, no sólo desde el punto de vista técnico, sino desde el punto de vista global: Hacer que el hospital se integre de una manera más lúcida en el conjunto de los servicios sanitarios, favoreciendo los canales de información, participación y colaboración entre este nivel y el nivel primario.

También, como parte de la calidad, debemos entender una humanización de la asistencia prestada, de forma que el ciudadano no se encuentre inmerso en un mundo extraño cuando accede al hospital, sino rodeado de seres humanos que van a ayudarle a recuperar, en la medida de lo posible, su estado de salud.

Así pues, no se trata sólo —aunque es, ya no necesario, sino imprescindible— de mejorar la gestión de los hospitales, sino que más importante aún, es mejorar desde todos los puntos de vista la calidad de la atención prestada en ellos.

Vemos pues, que la descentralización de las decisiones es un paso fundamental de nuestra reforma sanitária. Sin embargo, no debemos olvidar que en numerosas ocasiones, las desigualdades que hemos heredado, no pueden corregirse con una simple descentralización administrativa. Si así lo hiciéramos, estaríamos simplemente trasladando el problema a las Autoridades Autonómicas. La mera transferencia de recursos produciría la carencia que en muchos hogares existe. Aquí debe ejercer el Estado un papel solidario. Debe tender, en primer lugar, a corregir estas desigualdades favoreciendo las zonas más deprimidas, hasta alcanzar una homogeneidad entre todos los ciudadanos a este respecto.

Sólo después podrá llevarse a cabo una auténtica descentralización, de la que pueda decirse que los servicios de salud que atienden a todos los españoles son eficaces en su distribución, presupuestos y, sobre todo, calidad.

Todo ello quiere decir, que la reforma sanitaria debe ser, necesariamente lenta, como ya hemos dicho. No sólo porque se enfrenta a la resistencia al cambio, tanto de los grupos sociales o de los grupos de población que están acostumbrados a recibir unas ciertas prestaciones y no otras. No sólo de determinados profesionales que están acostumbrados a realizar una determinada atención y no otra, sino también por que el proceso de descentralización ha de corregir simultáneamente las necesidades existentes.

Una de las grandes innovaciones que se propone en la Ley, es la creación

de un sistema nacional de salud, como aglutinante de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, con objeto de:

1.—Dar cobertura a todos y cada uno de los ciudadanos, en todas sus necesidades de carácter sanitario.

2.—Considerar la salud como un concepto unitario e integral del que depende el bienestar del individuo, en los aspectos de promoción, prevención, curación, rehabilitación y reinserción social.

3.—Coordinar e integrar los recursos destinados a la atención sanitaria.

4.—Estableciendo un sistema de financiación seguro, que contemple el progresivo incremento a cargo de los presupuestos Nacionales del Estato, y que no interfiera las transferencias a las CC. AA., responsables últimas, de las prestaciones sanitarias.

La línea, por tanto, está marcada. Los objetivos claros. El ritmo de aplicación ha de hacerse de forma que los pasos sean defintivos hacia esa reforma necesaria.

El ejemplo está en lo realizado ya hasta el momento. Y para ello, miremos hacia atrás, y nos daremos cuenta de que la inflexión, el cambio de dirección está perfectamente marcado, hacia los principios que acabo de enunciar: Reforma de la Atención Primaria, hospitalaria, nuevas prestaciones, rigor en la gestión, y un largo etc,.

Esta reforma es necesariamente lenta.

Y por último, un mensaje de optimismo y compromiso de todos; de seguir apoyando y trabajando; participando y colaborando, sin lo cual es imposible seguir adelante.

Figura 1

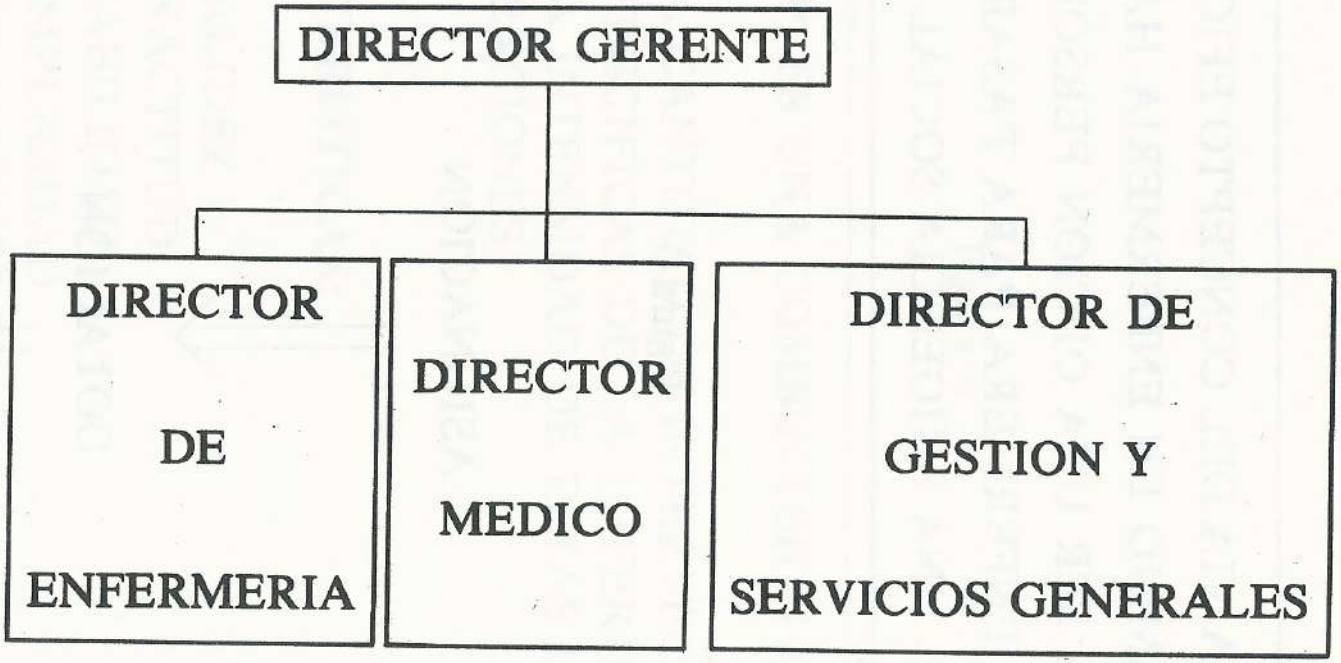

DIRECTOR GERENTE
DIRECTOR DE ENFERMERIA
DIRECTOR MEDICO
DIRECTOR DE GESTION Y SERVICIOS GENERALES

Figura 2

POR LA VIA DEL CONCEPTO EFICIENCIA EL CAMBIO EN ENFERMERIA HA DEJADO DE SER UNA OPCION PERSONAL DE CADA ENFERMERA PARA PASAR A SER UNA EXIGENCIA SOCIAL

Figura 3

ASIGNACION

⇓

DOTACION

⇓

PROGRAMACION

Figura 4

EL S.C.P. ES UNA COMBINACION DE:

- LA CANTIDAD DE INTERVECIONES ESPECIFICAS DE LA ENFERMERA.
- LA INTENSIDAD DE ESTAS INTERVENCIONES.

CARACTERISTICAS:

- VALIDEZ
- EXACTITUD
- FIABILIDAD
- SIMPLICIDAD
- EXHAUSTIVIDAD

Sextas Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente

Ponencias:

I. *«Sistema de personal de Enfermería»*

II. El sistema de atención primaria: *«El papel de la Enfermería en los Centros de Salud».*

III. *«La Enfermería y el nuevo modelo de gestión».*

IV. *«La Enfermería en el sector privado».*

1.ª PONENCIA

SISTEMA DE PERSONAL DE ENFERMERIA

M. PAZ MOMPART GARCIA

Presidenta de la Asociación Española de Enfermería Docente.

INDICE

1. **INTRODUCCION.**
2. **UN SISTEMA DE PERSONAL DE ENFERMERIA, ¿PARA QUE?.**
   - **2.1. El concepto «Cuidar» como base del sistema.**
   - **2.2. Los componentes de los cuidados.**
   - **2.3. Las relaciones entre los componentes de los conceptos «Salud» y «Cuidar».**
3. **LA ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE PERSONAL DE ENFERMERIA.**
   - **3.1. Las Enfermeras como trabajadoras de Salud.**
   - **3.2. La Enfermera en el aspecto educativo.**
     - **3.2.1. La conexión entre los niveles educativos de enfermería.**
     - **3.2.2. La dispersión de recursos educativos.**
     - **3.2.3. La formación post-básica.**
     - **3.2.4. Relación entre el servicio y la docencia.**
4. **CONCLUSION.**

1. INTRODUCCION.

A lo largo de su historia, la Enfermería, como grupo laboral primeramente, y, más recientemente en la consideración profesional, ha seguido las vicisitudes de los planteamientos organizativos de los servicios de salud en que se encontraba. Es así que en su paso por la historia sanitaria se ha vinculado, primero a la existencia de un recurso hospitalario de marcado matiz religioso en las atenciones domiciliarias y caritativas, al tiempo que paulatinamente se empezaba a introducir en las organizaciones estatales responsables de la atención a los enfermos. Finalmente, ya en nuestros días, la Enfermería, como grupo profesional, se halla distribuida por todos los lugares e Instituciones en que se prestan cuidados de salud.

Por su parte, la ciencia ha intentado aplicar diversos enfoques al estudio del hecho Salud en sus diferentes elementos, siendo el más reciente y parece más fructífero, el de la Teoría General de Sistemas. Según esta aplicación, la salud misma sería el resultado de la interrelación de los diversos elementos que en ella intervienen que, interaccionando hacia la estabilidad, producirían un constante desarrollo de la propia Salud como hecho observado.

Dando un paso más en la práctica de la aplicación de este concepto, se ha determinado por casi todos los estados actuales, que la manera más productiva de estructurar sus servicios de salud es la de establecer un Sistema Nacional de Salud, o más bien, un Sistema de Servicios de Salud. Dicho Sistema tendría sentido solamente si se integra realmente dentro del sistema de desarrollo social, y está en relación directa y continuada con el sistema de producción y con todos los factores que en él intervienen, tales como la educación, la agricultura, la industria, las comunicaciones, etc.

El análisis de sistemas aplicado a la salud como «conjunto de métodos para estudiar el mundo social como un sistema dinámico y estructurado tendría así un auténtico sentido basándose en la existencia de una población humana que interactúa con su ambiente total, ecológico y social, en forma dinámica y permanente y cumpliendo todos los principios conocidos en los sistemas» (1).

Sin embargo, este planteamiento se contrapone al empleado en muchos países, en los que los sistemas de salud han sido establecidos basándose en criterios de oportunidad política y económica, más que en las necesidades de la población y los recursos naturales existentes.

De esta manera, puede decirse que conceptos tales como planificación, interdisciplinaridad, desarrollo armónico y necesidades sociales son, si bien ampliamente empleados en el lenguaje habitual, muy poco comprendidos en su auténtico significado.

Todos ellos hacen, sin embargo, precisa la definición y estructura sistemática de los servicios de salud, para la mejor integración y prestación de cuidados.

En España, estos conceptos han supuesto, en primer lugar, la decisión política y legislativa que recoge la Ley General de Sanidad de una forma global, integrando todos los recursos asistenciales en una sola red de servicios de atención a la salud, en sus vertientes preventivas y promotoras de salud, curativas y rehabilitadoras.

Queda sin embargo un trabajo por hacer, y es el procurar la más armónica integración en ese sistema de todos los recursos, no solo materiales, sino también humanos, para que el sistema cumpla su objetivo final: El de procurar el mejor nivel de salud a todos los ciudadanos.

En este terreno, por las propias características profesionales, a la enfermería le toca hacer un esfuerzo adicional en su previa y necesaria definición como un sistema de personal, para que se facilite su más adecuada integración en el sistema global de Servicios de Salud.

Mi intervención va a tratar por ello de, en primer lugar, exponer las ventajas que puede aportar al Sistema de Salud la existencia de una organización sistemática del personal de Enfermería, revisando las posibles dificultades existentes para la estructura de tal Sistema. Trataré también de analizar los componentes del Sistema y considerar cuáles pueden ser las actuales formas de estructuración o las que podría ser útil adoptar.

2. UN SISTEMA DE PERSONAL DE ENFERMERIA, ¿PARA QUE?.

Aceptando como la finalidad del establecimiento de un Sistema la consecución de la mejor atención de Salud de un país, cabría plantear qué lugar ocupa cada uno de los recursos a emplear en la prestación de esa atención.

Tradicionalmente orientado hacia la prestación de atención médica en el ámbito hospitalario, el Sistema de Salud se enfrenta ahora al panorama cambiante que la propia sociedad impone: los individuos ya no demandan solamente una excelente atención en sus enfermedades, sino, fundamentalmente, desean no padecer esas enfermedades, sabedores de que gran número de ellas son evitables.

Además, cada vez con mayor fuerza se ha instaurado en la sociedad la conciencia de que la atención sanitaria debe asegurar que se obtenga un grado mayor de Salud, expresado en niveles de bienestar, seguridad y accesibilidad a los servicios.

En este contexto, la prestación de cuidados de Enfermería adquiere la mayor relevancia, por varios motivos:

En primer lugar, el personal de Enfermería, en sus diferentes niveles, constituye el grupo laboral más numeroso de los que constituyen el Sistema de Salud.

En segundo lugar, este personal utiliza directamente o es responsable de la adecuada utilización de un elevado porcentaje del total de los recursos materiales que se emplean en el sector Salud.

En tercer lugar, la Enfermería y sus cuidados es habitualmente la puerta de entrada del usuario al Sistema, y quien mantiene más permanentemente y continuada relación con él.

Finalmente, es de destacar que del equipo de Enfermería depende tal cantidad de actividades que, en ocasiones, su trabajo define en realidad el nivel de calidad y de resultados del Sistema de Salud (2).

En mi opinión, todas estas consideraciones avalan la necesidad de que el Grupo de Personal de Enfermería disponga, dentro del Sistema de Salud, de una organización racional que le permita, por un lado integrarse más logicamente en el conjunto del sistema, y por otro desarrollar al máximo su potencial productivo para poder ofrecer la mejor calidad de los cuidados de enfermería.

Este desarrollo del sistema de personal de Enfermería parte, sin embargo, de algunos supuestos previos que se podrían enumerar como sigue:

1.° La clarificación de lo que significa, dentro del concepto de salud, la prestación de cuidados de Enfermería.

2.° La determinación de qué componentes existen dentro de esa idea de cuidados.

3.° El establecimiento de las relaciones entre los componentes.

2.1. El concepto «Cuidar» como base del sistema.

Se ha repetido muchas veces que la Teoría de Sistemas se enfoca a dar explicaciones de los hechos observables, tratándolos desde una perspectiva científica.

Por ello la aplicación de esta teoría a la Enfermería como grupo laboral para hallar un aspecto de mayor desarrollo y, como diced Hall «ayudar a los sistemas de servicios de salud a proporcionar cuidados de Enfermería eficaces a la población» (3), debe, en primer lugar, tratar de afirmar la base científica de lo que constituye su razón de ser. O dicho de otra forma ¿qué es lo que aporta específicamente la Enfermería al conjunto de la atención de salud?.

Podría parecer que la respuesta se encierra en una sola palabra «cuidar», y que este concepto no necesita más explicación. Sin embargo, falto de esta explicación y justificación, «cuidar» se convierte en una plabra mágica, una especie de «ábrete sésamo» del que esperamos todo tipo de riquezas y venturas, de afirmaciones profesionales que, en realidad, no son en muchas ocasiones más que espejismos.

Es pues necesario que el concepto base de nuestra actuación sea una realidad y que cuando las enfermeras afirmemos rotundamente que cuidar significa asegurar el bienestar, el confort y la propia seguridad de nuestros usuarios ante situaciones de salud o enfermedad, esta idea sea, en primer lugar compartida por todo el grupo profesional, y, en segundo lugar, aceptada por la sociedad a la que servimos.

El cuidado, entendido como labor que realiza la enfermera para ayudar a sus pacientes o clientes sanos o enfermos «a llevar a cabo aquellas acciones en favor de su propia salud que ellos mismos harían si tuviesen la fuerza, el conocimiento y la voluntad necesarios (4), «promoviendo máxima libertad al individuo y ayudándole a afrontar la muerte, si ese es el caso, con la mayor dignidad personal» (5), se convierte así en una acción diferenciada dentro del conjunto de las que realizan todos los trabajadores de salud. Permite además que esta acción diferenciadora se engarce con las otras, especialmente con las del trabajador de salud más cercano, el profesional médico, teniendo como fin, no la labor de éste, sino las necesidades del usuario, atendidas desde diferentes puntos de vista profesionales.

En todo caso, esta afirmación de lo que es el cuidar precisa no quedarse en los simples conceptos, sino que debe consolidarse a través de la acción y de la investigación. Que nadie se asuste por esta palabra, que nadie vea tampoco postergada la acción por la necesidad previa de una reafirmación por el camino investigativo. En el terreno de la Enfermería, como en el de otras disciplinas en vías de convertirse en «científicas», la acción (técnica) debe verse (y de hecho se ve) complementada constantemente por la teoría (ciencia) (fig. 1).

Ambas, unidas, proporcionan la base y el contenido de los servicios que se prestan a la sociedad, y estos servicios deben, a su vez, estar encuadrados dentro de un sistema organizativo lógico y racional.

2.2. Los componentes de los cuidados.

Existe, como hemos visto dentro de esa idea de «cuidar», dos componentes fundamentales: por un lado el conocimiento teórico y por otro la técnica, fruto de ese conocimiento. Pero para lograr una verdadera afirmación del cuidado, debe hacerse diferenciación de los conocimientos que atañen exclusivamente a la prestación de cuidados. Demasiadas veces se nos ha confundido y nosostros mismos hemos contribuido en ocasiones a ello, con profesionales que poseemos un saber, sí, pero prestado de otros saberes o de otras áreas cercanas en la atención de salud. Según esta creencia, las enfermeras existimos solo en función de los que otros trabajadores de salud saben y hacen.

En este contexto, la enfermera, además, es vista como una auxiliar de los profesionales de los que deriva su conocimiento y fundamentalmente es utilizada en el ámbito cerrado del hospital como ayudante del médico.

Sin embargo, en los últimos años destacadas enfermeras en todos los países han trabajado para demostrar que el concepto cuidar está integrado por diversos conocimientos teóricos tomados en ocasiones de otras disciplinas, tales como la Sociología, la Medicina, La Psicología, la Economía, la Física, la Química y muchas más. La integración de esos conocimientos necesarios para constituir el cuidado es lo que en estos momentos está dando origen a

una, por decirlo de alguna manera, «nueva ciencia»: la Enfermería como ciencia y disciplina del «cuidar». No rechazan las enfermeras la obligada integración de esos conocimientos en binomio inseparable que Hall define como «curar-cuidar», añadiendo que ambas son las dos caras de una misma moneda: la atención de salud, señalando que tal moneda se devalúa si alguna de sus caras se borra o desaparece, aunque la otra siga brillando (6).

Los componentes del concepto «cuidar» son, como se ven, muy variados y deben desarrollarse, como ya se viene haciendo, por las propias enfermeras en relación con las necesidades de los usuarios y en estrecho contacto e interacción con los demás trabajadores de salud.

2.3. Las relaciones entre los componentes de los conceptos salud y cuidar.

En el terreno de la práctica, la enfermera lleva a cabo su trabajo con mayor o menor libertad y reconocimiento de la competencia profesional, relacionada con el resto de profesiones y disciplinas que integran el sistema de personal de los servicios de salud e integrada armónicamente hacia la consecución de la finalidad del sistema.

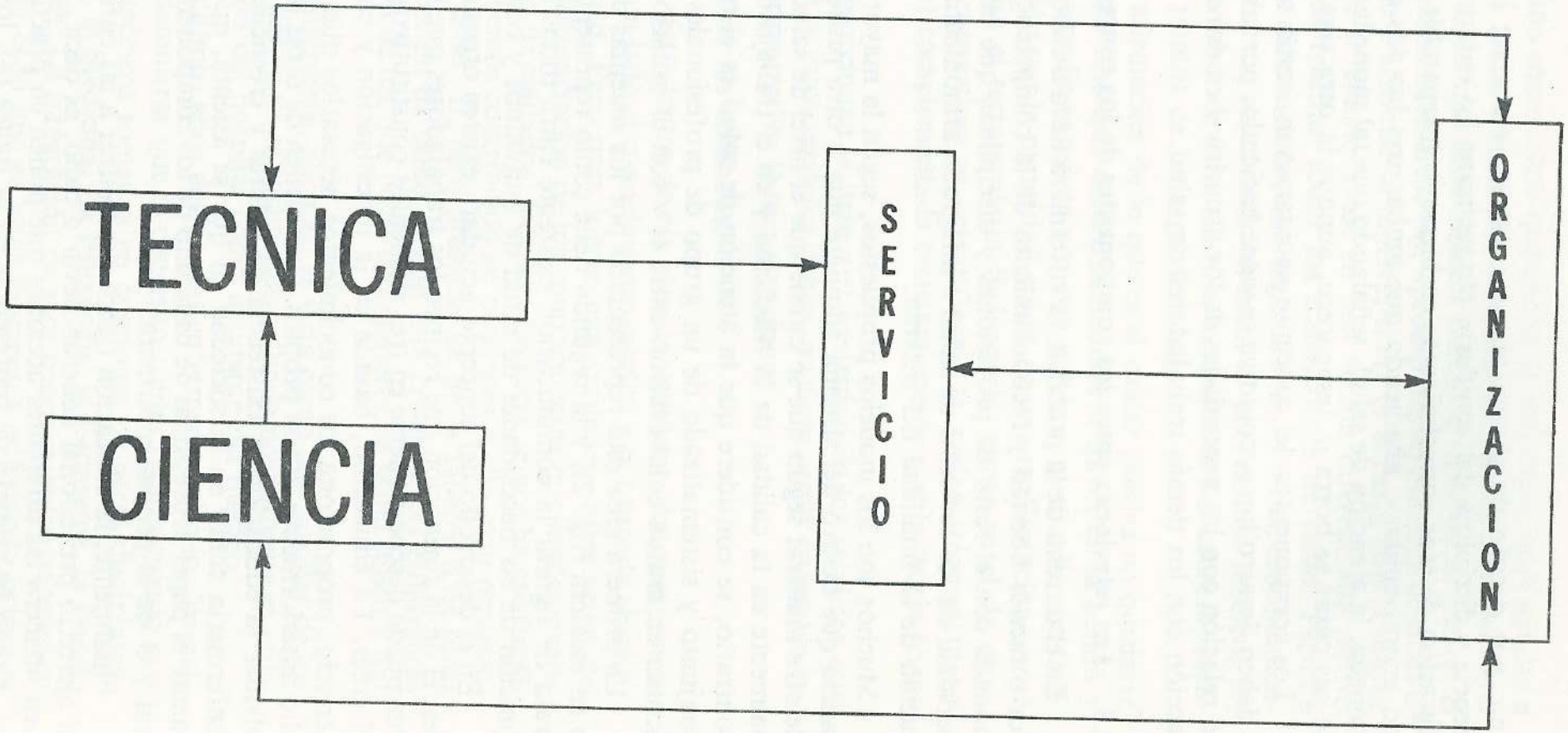
Muchos son los modelos propuestos, según la mayor o menor preponderancia que dentro del sistema adquiere una u otra profesión, o, por decirlo de otra manera, según que se estime que el nivel de salud está basado principalmente en la calidad de la Medicina y en el trabajo del médico o, por el contrario, se considere que la atención de salud es el resultado del trabajo conjunto y sistematizado de un grupo de profesionales y trabajadores que actuan en mutua colaboración entre sí y con el usuario.

La primera idea está representada por los sistemas de personal en escala o en escalera (fig. 2), y la segúnda tiene como representación el gráfico que trata de figurar la comunicación existente entre todos los trabajadores, en función de las necesidades de salud de individuos y comunidad (fig. 3).

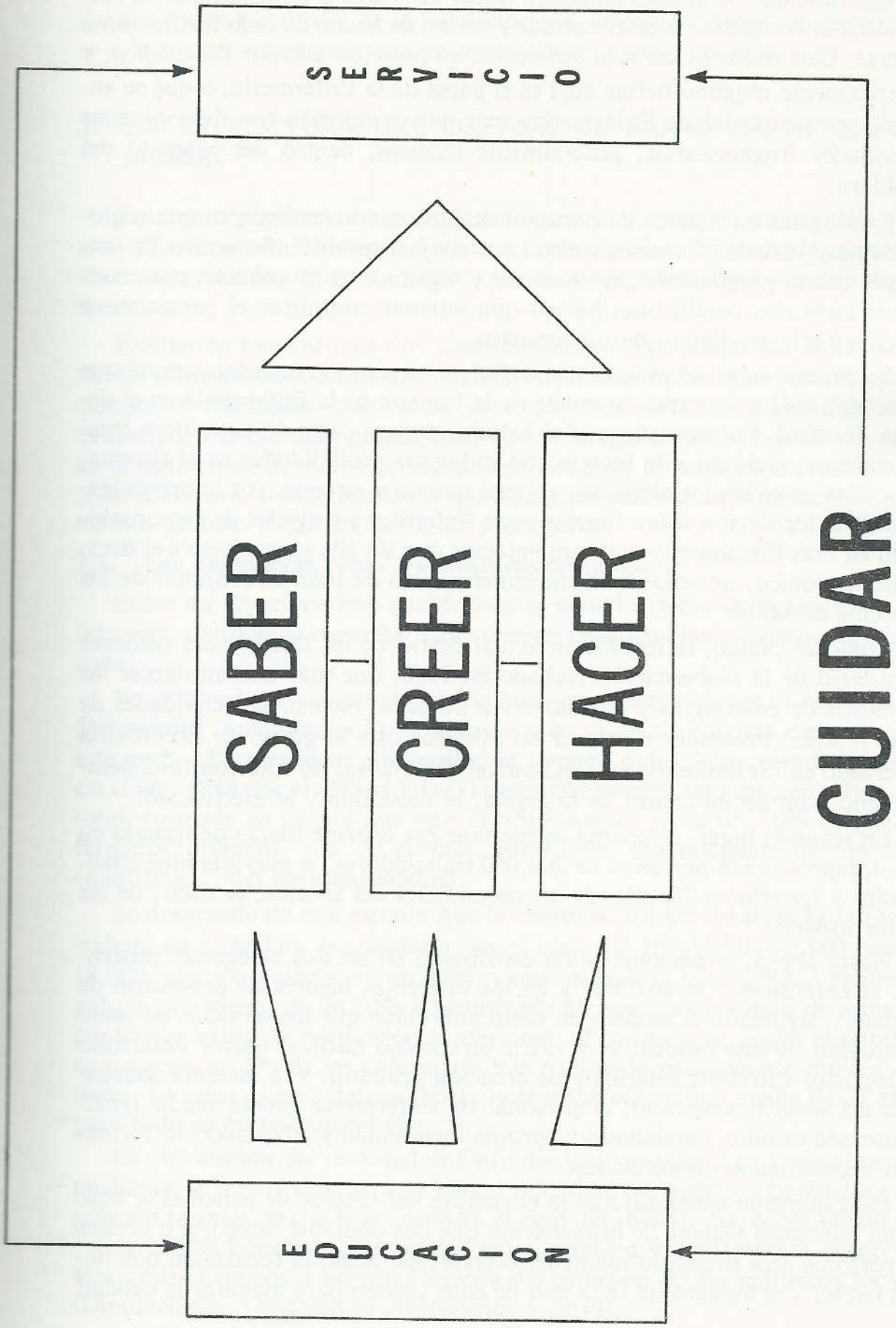
En el desarrollo del concepto «cuidar» existen otros elementos importantes: el de la formación que reciben los trabajadores que los prestan, que a su vez puede descomponerse en tres elementos constitutivos: el saber, el hacer y el creer. La educación, basada en la investigación y en las necesidades del servicio, proporciona los conocimientos necesarios que, como ya hemos dicho anteriormente, o son propios o provienen de otras disciplinas. No puede olvidar la educación la existencia de valores y creencias tanto en la propia Enfermería como en la sociedad en que se asienta, que configuran fuertemente el papel profesional de cada uno de los componentes del equipo de salud y el de la propia enfermera.

Finalmente, la educación tiende a adiestrar a las enfermeras en lo que en el ejercicio profesional deberán llevar a cabo, es decir, les enseña cómo deben «hacer» las diferentes acciones que ponen en práctica el saber enfermero. Como he tratado de representar en la figura (4), los servicios o la atención de Enfermería son el resultante de estos tres componentes adquiridos y

LA ENFERMERIA ES:



SISTEMA DE PERSONAL DE SALUD MULTIDISCIPLINARIO


EDUCACION
SABER
CREER
HACER
CUIDAR
SERVICIO

Las funciones o la determinación de las actividades a realizar por el personal están recogidas en estas normas y varían de hecho de unas instituciones a otras. Casi todas sitúan a la enfermera en posición auxiliar del médico, y prácticamente ninguno define cuál es el papel de la Enfermería, o qué se entiende por «cuidados de Enfermería» más que en relación con determinadas actividades fragmentarias, generalmente técnicas, dentro del contexto del «cuidar».

Existe pues un sistema de personal de Enfermería en España, que engloba de muy variadas formas a todos los trabajadores de Enfermería. Sin embargo, cabría preguntarse ¿es «racional y lógico»?. A mi parecer, para conseguir estas dos condiciones habría que intentar completar el panorama o transformarlo en alguno de sus aspectos.

En primer lugar, es preciso una definición legal y de caracter general que determine cuál es el papel, la imagen y la función de la Enfermería en el sistema de salud. Es necesario que el Estado otorgue carta de naturaleza legal al concepto «cuidar» y lo integre con todas sus posibilidades en el sistema. Repetidas veces hemos abogado, al igual que otros grupos, por la promulgación de la legislación sobre funciones de Enfermería y niveles de responsabilidad en esas funciones, ya que entendemos que sin ella no es posible el desarrollo armónico, no solo de la Enfermería, sino de todo el conjunto de los servicios de salud.

Como es sabido, la legislación actual deriva de un Decreto del entonces Ministerio de la Gobernación fechado en 1960, que más que establecer las funciones de enfermeras y auxiliares «de clínica», recorta las actividades de unas y otras. Pretender mantener en nuestros días al grupo de Enfermería encerrado en los límites de una legislación de 1960 va, no solo contra el tiempo, sino también en contra de la lógica, la economía y la efectividad.

En segundo lugar, se precisa estructurar esa enorme fuerza de trabajo en salud, representada por cerca de 200.000 trabajadores, la mayoría bien cualificados y hacerlo en función de las necesidades del sistema, es decir, de las de los usuarios.

Hasta ahora, el personal se ha distribuido en las dos categorías existentes, la enfermera y la auxiliar, y en los diferentes lugares de prestación de cuidados, siguiendo el modelo un tanto anárquico que los servicios de salud mantenían. Si este modelo va a sufrir un cambio hacia el mayor desarrollo de servicios extrahospitalarios y de atención primaria, y la máxima adecuación del nivel hospitalario, el personal de Enfermería deberá seguir igualmente este camino, cambiando su propia mentalidad y adaptando su formación a estas nuevas necesidades.

Es igualmente necesario que la estructura del sistema de personal se base en un adecuado sistema de información que nos diga qué categoría o niveles de personal será necesario mantener o crear, así como la formación que deben recibir y el número de cada uno de ellos preciso para asegurar la calidad

desarrollados por medio de la formación y a su vez informan constantemente a la misma educación para su necesaria solución y mejora.

3. LA ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE PERSONAL DE ENFERMERIA.

Tras estos planteamientos sumamente teóricos, pero en mi opinión obligados para enfocar el tema del sistema de personal de Enfermería, pasemos ahora a revisar la estructura actual que se puede indentificar a través de los servicios.

Existen en nuestro país dos grandes divisiones en el terreno de la enfermería, que pueden considerarse dos subsistemas con diferentes sistemas principales: la educación, que forma parte al menos teóricamente del sistema educativo, y el ejercicio profesional, que se integra como ya hemos señalado en el Sistema de Servicios de Salud. Por ello, voy a tratar cada uno de ellos separadamente, si bien intentaré sugerir alguna manera de integración de estas dos grandes áreas del quehacer profesional.

3.1. Las enfermeras como trabajadoras de salud.

Entre las características que definen el actual sistema de personal de enfermería, podríamos concretar en el terreno práctico algunos datos significativos.

En primer lugar, el propio grupo humano que constituye el personal de Enfermería. Auxiliares y Enfermeras son en principio los dos elementos de este grupo. Para explicar este punto, he tomado datos de un estudio realizado el año 1984 por el INSALUD (7) dado que pueden ser representativos del total, teniendo en cuenta que esta Entidad emplea cerca del 70% de los enfermeros titulados, y a un elevado porcentaje, desgraciadamente no bien cuantificado, del personal auxiliar.

Se desprende de este estudio que la mayoría, del personal de Enfermería trabaja en el ámbito hospitalario, en el caso del INSALUD 85.000 contra 18.000, que son mujeres en un 80%, y que no buscan la movilidad profesional, ya que menos de un 30% ha cambiado alguna vez de puesto de trabajo. No parece existir la promoción profesional, al constatarse, según el estudio, que apenas un 3% de las enfermeras han trabajado previamente como auxiliares. La edad es otro dato a anotar, y se establece en una media de 37 años para todo el grupo laboral (fig. 5).

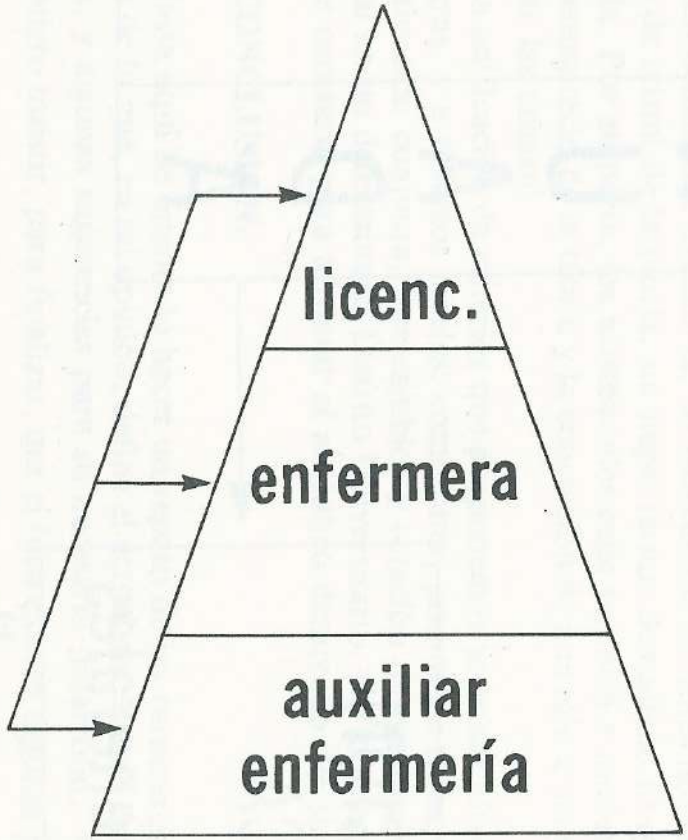
La vinculación del personal de Enfermería a su trabajo es, generalmente, mediante la adscripción a una plaza, obtenida por méritos baremados siguiendo normas estatutarias como en el caso del INSALUD, o por medio de convenidos colectivos y acuerdos entre empresa y trabajadores como los Hospitales Clínicos o las instituciones dependientes de las entidades locales (Diputaciones, Organismos Autónomos y otros).

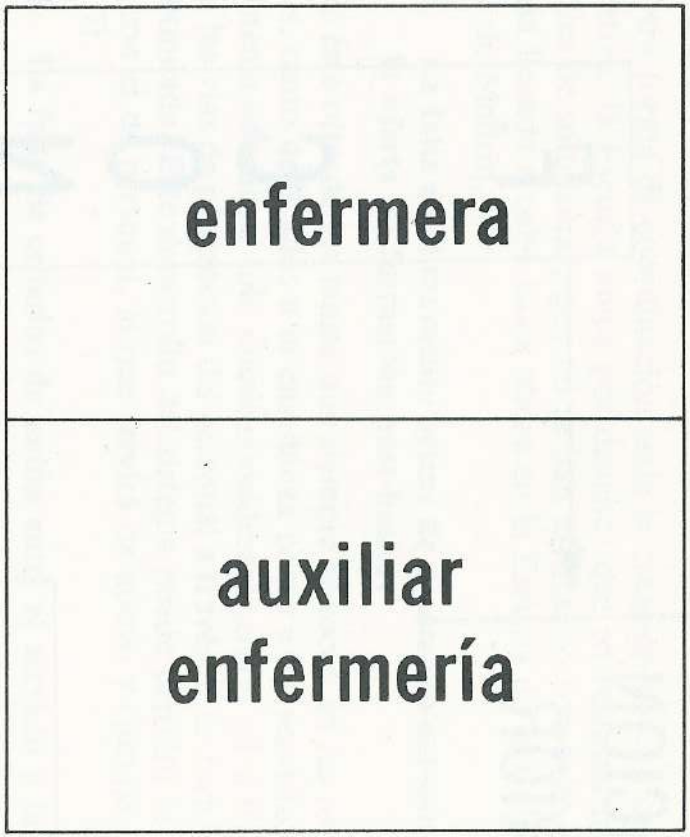
INSALUD
PERSONAL DE ENFERMERIA

enfermeras	62.724 62,48%
auxiliares	38.851 37,52%

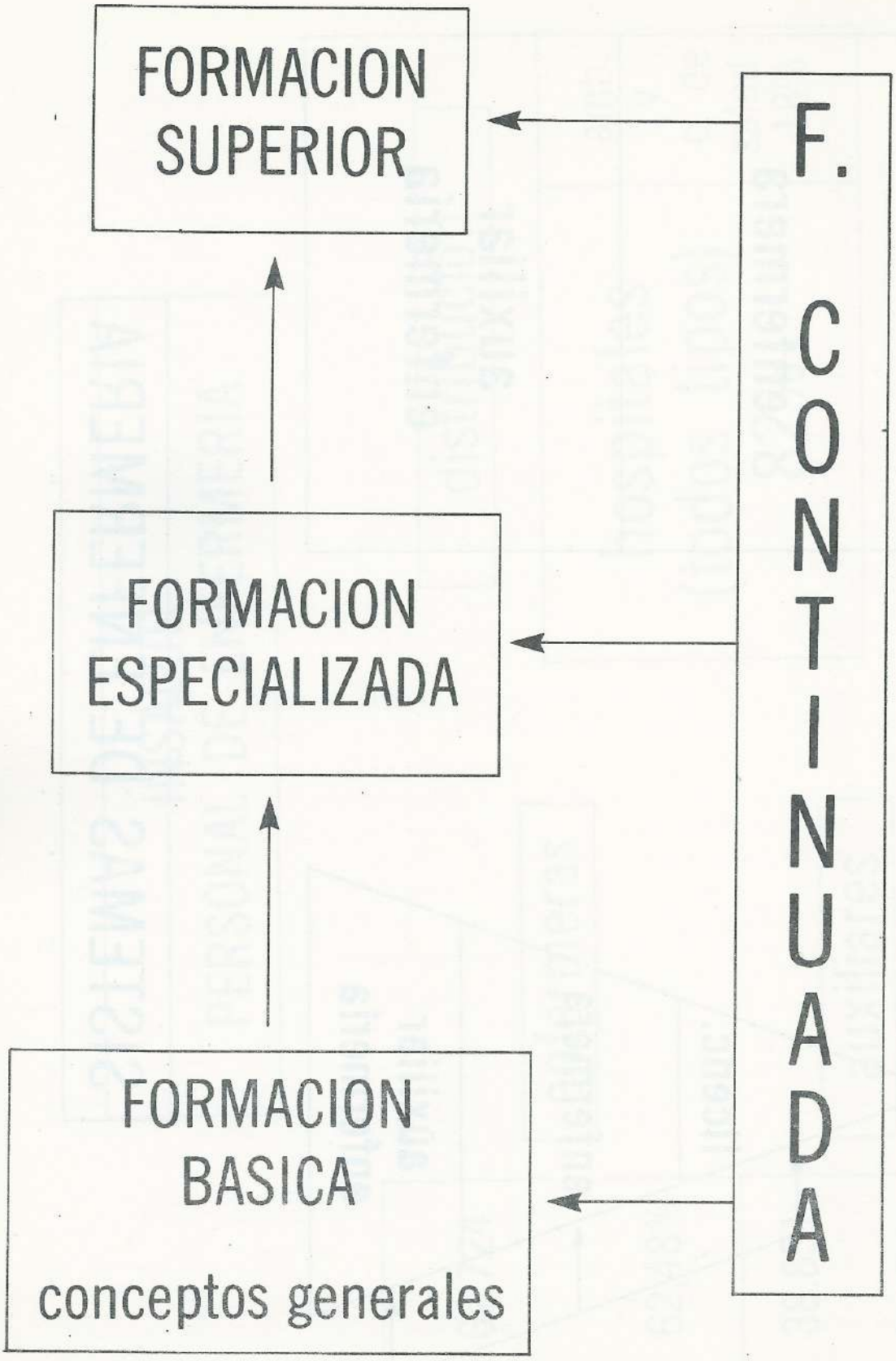
distribución

hospitales (todos tipos) 82%	amb. y c. de salud 18%





SISTEMAS DE ENFERMERIA


FORMACION SUPERIOR
FORMACION ESPECIALIZADA
FORMACION BASICA
conceptos generales
F. CONTINUADA

Autónoma y Valladolid.

Otra forma de coordinación sería la creación de una organización administrativa, la Escuela única por distrito, que en realidad implica problemas difíciles de solucionar, que no se han afrontado con éxito en la única experiencia llevada a cabo hasta ahora en la Escuela de la Universidad Complutense de Madrid.

3.2.3. La falta en el momento actual de desarrollo del sistema educativo en la oferta de formación post-básica.

Es éste otro de los temas que siempre se tocan en las reuniones de enfermeros, tanto dedicados a la enseñanza como a los servicios. Para nosotros, un sistema educativo sólo puede considerarse como tal si tiene bien estructuradas las vías de promoción del personal a través de la formación post-básica y continuada. Este desarrollo del sistema puede permitir la mejor coordinación con el de personal, al que servirá de apoyo y empuje continuadamente (fig. 7).

3.2.4. La falta de criterios de unión entre el servicio y la docencia.

Con honrosas excepciones, no se encuentra en una revisión de la situación actual de Enfermería, las suficientes líneas de comunicación entre el elemento asistencial y el docente.

Sin embargo, todos convenimos seguramente en la imperiosa necesidad de que el servicio exponga sus necesidades a la Escuela, para que ésta trate de formar un personal adecuado a las necesidades. Por otra parte, la Escuela debe informar al servicio de sus posibilidades, para ayudarle, mediante la investigación y la enseñanza, a encontrar nuevas metas de desarrollo y a superarlas.

Con demasiada frecuencia, las enfermeras docentes nos encerramos en la torre de cristal de la teoría, sin importarnos demasiado lo que ocurre fuera de ella. Por su parte, los asistenciales caen también a menudo en la actitud de menosprecio de la teoría y la convicción de que sólo ellos saben de verdad «hacer las cosas».

La unificación de criterios que proponemos se puede afrontar de muchas maneras, y a diversos niveles: comisiones, grupos de trabajo, proyectos de investigación conjunta, intercambios y rotación de personal docente y asistencial en un determinado Distrito Universitario. En todo caso, es absolutamente necesaria para afrontar el auténtico desarrollo del sistema.

4. CONCLUSION.

Hasta aquí he intentado hacer un repaso de las características más destacadas de lo que, en mi opinión, define el actual sistema de personal de enfermería, y algunas sugerencias para su necesario desarrollo.

Quiero insistir, para finalizar, que si bien existen algunas premisas legales

de sistema que escapan en cierto modo a la acción directa del personal de enfermería, se puede afirmar, en general, que la mayoría de las premisas para una mejor integración del recurso Enfermería dentro del sistema de Salud se deben emprender por las propias enfermeras.

Somos nosotras quienes debemos explicar el concepto «cuidar» dentro de una clara oferta de cuidados de Enfermería adaptadas a las necesidades. Enfermeras y auxiliares debemos, con nuestro trabajo, tratar de ganar un nuevo y ampliado espacio para nuestra actividad. Nosotras mismas tenemos que encontrar la forma de desarrollo de nuestros conocimientos a través de la investigación y en coordinada acción de los sectores docente y asistencial de la profesión.

En definitiva, portadoras de la lámpara que es nuestro símbolo, hemos de conseguir que esa luz difunda una imagen digna, respetable e imprescindible dentro del futuro del Sistema de Salud en nuestro país.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

(1) San Martín, H. «La crisis mundial de la Salud». Pág. 446, Ed. Kairós. Madrid 1982.

(2) Mompart, M. P. «Alternativas para la enseñanza de Administración de Enfermería. I Seminario Internacional de Administración de Servicios de Enfermería. La Habana, Nov. 1985 (sin publicar).

(3) Hall, Dorothy C. «Nursing Personnel System». Journal of Avanced Nursing. 1976, I, págs. 79-97.

(4) Henderson, V. «Cuidados básicos de enfermería». CIE. Ginebra.

(5) King, I. M. «Enfermería como profesión. Pág. 25. Ed. Simusa. México D. F. 1984.

(6) Hall, D. Op. cit.

(7) Boletín INSALUD. Octubre 1984.

(8) Hall, D. Op. cit.

(9) Junta Directiva A.E.E.D. «La estructura de los centros docentes». En «I Sesiones de Trabajo de la A.E.E.D.». Barcelona 1980.

(10) Ministerio de Educación y Ciencia. Consejo de Universidades. «Proyecto de Reforma de las Enseñanzas Universitarias». Octubre 1985.

(11) Roigé, A. y otros. «Plan de estudios de enfermería (?)». Revista ROL. Noviembre 1985.

2.ª PONENCIA

EL SUBSISTEMA DE ATENCION PRIMARIA: «EL PAPEL DE LA ENFERMERIA EN LOS CENTROS DE SALUD»

AMPARO BELLVER CEBRIA
VICTORIA NOVALES ASO

Profesoras de enfermería de Salud Pública de la Escuela Universitaria de Enfermería «La Fe» de Valencia.

ESTRUCTURA DE LA PONENCIA

1. INTRODUCCION.
2. APROXIMACION A LA REALIDAD EN ATENCION PRIMARIA. ALGUNAS CONSIDERACIONES.
3. SITUAR EL SUBSISTEMA DE ATENCION PRIMARIA.
4. EL MODELO { INTEGRAL E INTEGRADO
   - PERSONA
   - CONCEPTO DE SALUD
   - PROPIO SISTEMA SANITARIO

   EJEMPLO
5. NUESTRA REALIDAD ACTUAL. PIRAMIDE INVERTIDA
6. ATENCION PRIMARIA DE SALUD:
   - CONCEPTO.
   - PRINCIPIOS BASICOS.
   - DONDE FUNCIONA ——→ CENTRO DE SALUD.
   - COMO FUNCIONA.
7. CLAVES FUNDAMENTALES DEL CENTRO DE SALUD.
8. ACTUACIONES BASICAS DEL CENTRO DE SALUD.
   - LOS PROGRAMAS DE EDUCACION PARA LA SALUD.
   - LOS PROGRAMAS DE AUTOCUIDADOS.
9. QUE HACE ENFERMERIA.
10. ALGUNOS PRINCIPIOS BASICOS DE ENFERMERIA DE SALUD PUBLICA.
11. EL TIO PEDRO. EPISODIO SANITARIO VALENCIANO.
12. NUESTRA EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE SALUD.
13. COMO SE PERFILA EL TRABAJO DE ENFERMERIA EN ATENCION PRIMARIA.
14. ACTUACIONES DE ENFERMERIA EN GODELLA E HISTORIA DE UNA TRAYECTORIA.
15. VISITA EN DOMICILIO.
16. ACTIVIDADES EN EL CENTRO: ENFERMERIA PROFESIONAL Y ALUMNADO (Protocolos).
17. EDUCACION SANITARIA.
18. MUESTRA DE LA MEMORIA DE GODELLA: ESQUEMAS DE MATERNO-INFANTIL. EXPLICACION DEL PROGRAMA INFANTIL.
19. CONCLUSIONES.

EL SUBSISTEMA DE ATENCION PRIMARIA: EL PAPEL DE LA ENFERMERIA EN LOS CENTROS DE SALUD

Buenas tardes: Quiero agradecer a la Asociación Española de Enfermería docente la invitación que me ha hecho, para participar en estas VI Jornadas de Trabajo, bajo un lema tan sugestivo como el que ha marcado este encuentro «LA ENFERMERIA EN EL SISTEMA DE SALUD»: «ENFERMERIA Y SALUD» !Ahí es nada¡.

El lema sobre el que voy a reflexionar en voz alta con todos vosotros, se ubica en lo que para mí es, desde hace bastante tiempo, LA ESTRELLA. «EL SUBSISTEMA DE ATENCION PRIMARIA» y dentro del mismo lo que nos atañe más directamente «EL PAPEL DE LA ENFERMERA EN LOS CENTROS DE SALUD... Sólo que para llegar hasta él, me permitireis que dé unos cuantos pasos. Veamos cuales son:

1. INTRODUCCION

Este trabajo ha sido realizado por M.ª Victoria NOVALES ASO y por la que os habla; ambas trabajamos como Profesoras de enfermería de Salud Pública de la Escuela de Enfermería del Hospital «La Fé» de Valencia.

Nada de lo que voy a decir aquí ni en su forma-talante ni en su contenido, sería igual si no hubiera tenido la suerte de conocer y aprender de tres ENFERMERAS, que con todo respeto quiero citar pues gracias a ellas, cada día que en mi trabajo como Enfermera me miro en el espejo de la Profesión, sonrio por encontrarme bien y no precisamente por hermosura, sino por encontrarme bien de ENFERMERA; y lo hago en este momento en que una de ellas ya es muy mayor pero aún pueden llegarle pruebas de reconocimiento. Habreís adivinado que se trata de VIRGINIA HENDERSON, y las otras dos nos son mucho más cercanas en el tiempo y en el espacio, hablo de M.ª Teresa PIULACHS, Directora del L'Escola d'Infermería Santa Creu i San Pau de Barcelona: maestra para mí que nunca dejará de aportarme energía, ciencia y emotividad. Por ella me enamoré de la Profesión y descubrí el arte de saber dar y recibir, y aumentó mi calidad de vida, así de sencillo.

Finalmente, Rosa M.ª Alberdi (Profesora de Enfermería de Salud Pública de la Escuela de Enfermería, Puerta de Hierro de Madrid), porque es ciencia, humanismo y vitalidad que destila de su palabra escrita o directa. Os invito a leer el Rol nº 77 «LAS ENFERMERAS Y LAS BECAS: EVALUACION DE UNA EXPERIENCIA». Fué la de su estancia en Colombia entendereis porque lo digo. Pues bien, ellas han sido no las únicas pero sí las más importantes fuentes de ENFERMERIA NUTRICIA. Para mí, valgan estas palabras de homenaje ahora que aún somos jóvenes.

El año 1977 (mi número favorito es el 7) en que cambiara el curriculum de estudios de A.T.S. a D.U.E., marcó un hito importante para la Profesión. En mayo de 1978 participé en unas Jornadas de Enfermería que se celebraron con

pocos días de diferencia en varios lugares, fueron: Oviedo, Sevilla, Zaragoza y Valencia. Su lema era «EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA ELEMENTO DE CAMBIO» (dicho sea de paso aquel lema no tenía parentesco con el CAMBIO que a otros niveles sociales y politicos llenaría programas y paredes de las calles). Pues bien aquél mayo de 1978, ciertamente fué un nuevo y definitivo período dinámico y abierto a otras espectativas para la enfermería... Y todo ello ¿por qué?. Porque al conectar directamente con Enfermeras y con las cosas BIEN ESCRITAS por Enfermeras y con las cosas BIEN HECHAS por Enfermeras, sentí que la ENFERMERIA como nadie ARMONIZABA con las demandas de la sociedad en materia de SALUD = ... Y sentí que nuestro acercamiento como profesionales a la persona SANA o ENFERMA, empezaba a tener más y más dimensiones. Sentí que en algunos sectores de la profesión empezaba a «calar» el gusto por descubrir a nuestras colegas de otros Países que decían cosas con peso específico sobre nuestro quehacer cotidiano.

Hasta tal punto tuve todas esas vivencias y después se han ido confirmando que digo sin temor a equivocarme: «Se ha producido el cambio», pero hablando de nuestra Enfermería **antes** y **después** del descubrimiento de Virginia HENDERSON, si me permitís la expresión moderna yo hablaría del «Tirón» profesional que a nivel real y simbólico ha tenido esta mujer entre nosotros:

Poco a poco, Enfermería ha asumido su responsabilidad como profesión con un marco conceptual cada vez más definido y así asistimos en los últimos años a la aparición gota a gota de publicaciones genuinamente de Enfermeras: Rol, Nursing, Enfermería científica, Escuelas de Enfermería etc...

La presencia de Enfermería cualificada se deja sentir en otras manifestaciones públicas como por ejemplo estas Sesiones, y son tantos los congresos, Seminarios, Jornadas, encuentros, etc... que se convocan, que se nos pone dificil agenda y presupuesto en mano, decidir a donde acudir para enriquecer nuestro acerbo profesional. Creo que todo esto son datos. Hasta aquí lo referente a Enfermería en General.

2. APROXIMACION A LA REALIDAD EN ATENCION PRIMARIA: ALGUNAS CONSIDERACIONES.

Primera: La Atención Primaria de Salud, como parte del Sistema Sanitario en estos momentos en un «boomeran» que vende y que vende bien. Es un tema atractivo del que se espera mucho, tanto por parte del profesional de la salud, como del usuario, y a pesar de que la A.P.S. como tal no esté organizada sistemáticamente, ni dotada adecuadamente ni en pleno funcionamiento ya ha hecho correr bastante tinta. Así pues, existe bibliografía interesante tanto a nivel de Comunidades Autónomas: Generalitat, Ajuntament de Catalunya, Junta de Andalucía, País Valenciano, como a nivel estatal, en este sentido hay que resaltar toda la colección de libros editada por el Ministerio

de Sanidad y Consumo. Portadas a todo color y contenidos realmente interesantes a nivel de guías (muy prácticas) para empezar a hablar de Atención Primaria a todos los grupos de población. (Esta consideración a nivel bibliográfico ha sido la primera y no por casualidad, sino por hacerlo al principio que todavía no estáis cansados.)

Segunda: Existe ya una conciencia por gran parte de nuestro colectivo profesional de que LA SALUD es un valor abierto y positivo que ha de conectar con una concepción INTEGRAL de la persona. A ello han contribuido muchos factores de dentro y de fuera de la profesión (nuevo curriculum de estudios con Salud Pública y Ciencias de la Conducta, convalidación a pesar de todo, contacto con otros profesionales, asistentes sociales, maestros, psicólogos, médicos jóvenes).

Tercera: Ya pueden hacerse determinadas cosas y no sólo desde los pocos o muchos Centros de Salud que vayan existiendo según las zonas geográficas, sino también desde los AMBULATORIOS ACTUALES si las personas «ALGUNAS» quieren — «PUEDEN» es un problema de RECONVERSION y no industrial precisamente. En el momento actual, nosotros estamos colaborando en una experiencia de este tipo en el Ambulatorio JOSE M.ª HARO DE VALENCIA, donde se han introducido por parte de Enfermería y con la aprobación del Director, programas desde la orientación de Salud en el Area Materno Infantil y en la Atención directa al adulto para diabéticos en el Centro y con visita domiciliaria y Reumáticos en el Centro con gimnasia programada a partir de enero.

Cuarta: Somos conscientes de que nuestro sistema sanitario actual está pendiente de perfilarse, que faltan directrices reales y claras en política sanitaria así como que las funciones específicas de los diferentes colectivos profesionales no están bien definidas; que los Centros de Salud en muchos sitios son aún una quimera... pero a pesar de ello, nosotros creemos en un sistema sanitario que lo haga posible en sus más puras esencias y creemos que es útil recoger experiencias e información sobre todo de aquellos sectores que ya están más allá de las ideas.

3. SITUAR EL SUBSISTEMA DE ATENCION PRIMARIA.

Un sistema sanitario es el conjunto de recursos materiales de todo tipo y humanos del que dispone un País para dar cobertura a las necesidades que en materia de salud tiene una colectividad, valga esta formulación en términos descriptivos.

En términos concretos y de funcionamiento hay que hablar de **MODELO SANITARIO** que no es más que la ORIENTACION, LA FILOSOFIA, EL TALANTE que un sistema sanitario tiene a la hora de ACTUAR EN LA PRACTICA.

El sistema sanitario suscribirá o se dotará de un modelo u otro según el

concepto que tenga de la persona como objeto de su atención y de la SALUD como bien o derecho a promover. Y con todo según la importancia que de la CALIDAD DE VIDA de los ciudadanos y a los factores de RIESGO de enfermar tanto individuales como colectivo.

Por situarnos en lo que a nuestro modo de ver debería contemplar el sistema sanitario, hablaremos de:

4. MODELO INTEGRAL.

El modelo integral se apoya como hemos dicho en:

— LA PERSONA.
— EL CONCEPTO DE SALUD.
— EL PROPIO SISTEMA SANITARIO.

La persona: El modelo integral contempla a la persona de manera globalizante con sus múltiples dimensiones: biología, psicología, social, cultural y espiritual (en su sentido más amplio), que como tal, ha de cubrir una serie de necesidades que inicial y básicamente son iguales para todos. Estas necesidades abarcan desde la más elemental, como respirar o comer, hasta la más cualificada de comunicación, amor o autorrealización.

Ahora bien, estas necesidades aunque existen a lo largo de toda la vida, no se manifiestan ni se satisfacen de la misma manera a lo largo del ciclo vital; es decir, no tiene las mismas características en un recién nacido que en un adolescente o en un anciano... pero es que hay más, no son cubiertas de la misma manera dentro de un mismo grupo de edad, ya que aparecen otros factores, por ejemplo, no es lo mismo un hijo único y deseado, que el quinto de una familia e inesperado; no es lo mismo un anciano con pensión económica y familia, que sin lazos afectivos y sin dinero, etc.

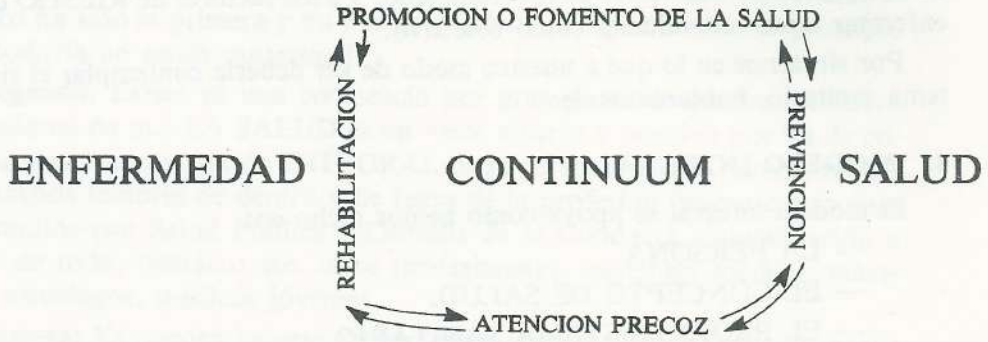
El modelo integral ha de actuar según características específicas.

El Concepto Salud: El modelo INTEGRAL contempla a la salud a partir de una orientación en positivo y abierta y suscribe definiciones como líneas de tendencia sintónicas con la mayor calidad de vida, por lo que toma la salud como «una manera de vivir autónoma, solidaria y feliz» o bién como «la capacidad de la persona de crecer, madurar y encontrar alternativas de vida, y vivir con plenitud y satisfacción, por citar sólo dos que conectan perfectamente con la concepción de persona integral.

Esta orientación va más allá de la ausencia de Enfermedad y del bienestar físico, mental y social.

El propio Sistema Sanitario: El modelo integral por último, contempla el sistema sanitario cómo un conjunto de ACTUACIONES encaminadas a elevar al máximo posible el nivel de salud de la población; por lo que todas las directrices que emanen de este sistema serán INTEGRALES e INTEGRADAS.

Integrales: Ello quiere decir que:



Son cuatro FUNCIONES con todas las ACTUACIONES que de ellas se deriven concebidas como UN TODO son «MOMENTOS» de un solo proceso o «CONTINIUM» SALUD-ENFERMEDAD, que han de estar conectados dentro del sistema y actuando simultáneamente, porque cuando se hace una adecuada promoción puedes evitar llegar a la rehabilitación; pero recíprocamente, cuando estás en la rehabilitación, puedes destapar capítulos nuevos de la promoción, para evitar futuros problemas en esa misma persona de otras enfermedades potenciales.

Esta concepción claramente asumida por parte de los responsables últimos del Sistema Sanitario, ha de posibilitar que los profesionales de la SALUD puedan llevarla a cabo tanto a nivel de conocimientos como de medios instrumentales necesarios.

El modelo ha de ser ademas de INTEGRAL:

Integrado: El modelo integrado arranca de una unidad básica de salud o Centro de Salud (la estructura más elemental), hasta el HOSPITAL TERCIARIO más cualificado con criterios de COORDINACION SISTEMATIZADA, de modo que queden interrelacionados los diferentes niveles de complejidad del sistema sanitario; a saber, los locales, subcomarcales, comarcales, regionales y estatales, ganando todos ellos en eficacia sanitaria, produciendo un efecto multiplicador sin repetir actos médicos ni exploratorios; haciendo circular la información de arriba a abajo y vicerversa.

Veamos un ejemplo de lo dicho hasta aquí:

Seguimiento y control de una mujer embarazada.

Promoción de la Salud.

Se educa a la madre a lo largo del embarazo para que cuide de sí misma, lo cual garantizará el buen grado de salud del binomio madre-niño para lo

que habrán controles de peso, ejercicio moderado, higiene alimentaria, higiene bucal, controles de orina y T.A., gimnasia pre-parto, información sobre la sexualidad en el embarazo; algunas enseñanzas sobre puericultura, cuidado del Recién Nacido y motivación para la lactáncia materna y sensibilización para la gimnasia post-parto. Es decir, todo el conjunto de acciones encaminadas a aumentar la salud.

Prevención: El niño ya ha nacido. Se dan orientaciones a la madre sobre el niño en concreto. Cuidados de todo tipo, pruebas análiticas específicas para prevenir subnormalidad (fenilpirúbico), se le habla de vacunas. En resumen todo aquello que son BARRERAS para que se produzca la enfermedad.

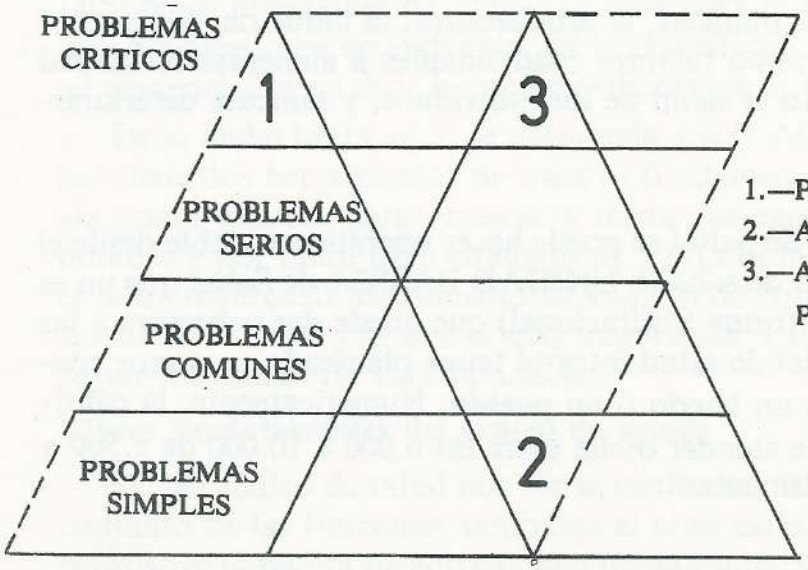
Asistencia: Suponiendo que se trate de un embarazo de alto riesgo, o de que se produzcan problemas concretos en el parto de cualquier tipo, se precisa actuación rápida y eficaz sobre el Recien Nacido, que evite posteriores secuelas en el niño.

Rehabilitación: Si a pesar de una correcta asistencia, un niño presentara déficit psicológico - motor - del lenguaje, o cualquier grado de minusvalía, proporcionar la atención necesaria que asegure la mejor calidad de vida posible.

¿Que pasa con nuestra realidad actual?

El modelo sanitario actual, organizado fundamentalmente en torno a las especialidades médicas y a la medicina hospitalaria, casi exclusivamente, está sometido a una profunda revisión practicamente en todos los paises, y ello es así, no sólo por motivos de orden social y económico, que está haciéndolo prohibitivo, si no también por las grandes deficiencias que está evidenciando en su capacidad de enfrentarse a la enfermedad y promover la salud.

Haré referencia a un esquema muy gráfico para ilustrar lo planteado, conocido como la pirámide invertida.



1.—PROBLEMATICA EXISTENTE.
2.—ATENCION QUE SE PRESTA.
3.—ATENCION QUE DEBERIA PRESTARSE

* Fuente: ROL n.° 12
Autor: Juan Pujol Colomer

Inversamente proporcional *

La existencia de esta realidad conecta con el concepto de ATENCION PRIMARIA DE SALUD que se perfila y define como:

La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puestas a disposición de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo y con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

Es muy importante saber que este concepto fué suscrito por autoridades políticas y sanitarias de todo el mundo (el ministro Sánchez de León por lo que a nosotros respecta) en septiembre de 1978 en Alma-Ata avalado por la O.M.S. la UNICEF y el propio Consejo Internacional de Enfermería con la perspectiva de conseguir salud para todos en el año 2000.

Principios basicos de la atencion primaria

La atención primaria de salud trata de conseguir como objetivo fundamental la Promoción y Fomento General de la salud a través de los siguientes medios:

1. Dando al individuo la familia y la Comunidad, la responsabilidad de la atención Primaria de Salud con el respaldo del sistema sanitario estatal.
2. Promueve la participación activa de la Comunidad en la determinación de necesidades que le son propias (evaluando) valorando las situaciones concretas en la búsqueda de medios para solucionarlas.
3. Aprovechando los recursos materiales y humanos de la comunidad específica y de los generales que demande o que se le adjudiquen.
4. La utilización de la tecnología adecuada más sencilla y menos costosa que sea realmente útil.
5. La conexión y movilización de otros sectores como la Educación, la vivienda, las obras públicas, la arquitectura, la industria, los medios de comunicación como factores coadyudantes a aumentar la calidad de vida y por tanto la salud de los individuos, y nunca a deteriorarlos.

¿Donde funciona?

La Atencion Primaria de Salud se puede hacer operativa y viable desde el marco concreto del Centro de salud o UNIDAD BASICA de Salud que no es más que el espacio físico (forma institucional) que puede dar cobertura a las necesidades que en material de salud integral tenga planteado un sector concreto de la población, sea un **barrio** o un **pueblo**. Numéricamente, la cantidad de personas que puede atender oscila entre las 6.000 a 10.000 de 1.500 a 2.000 familias aproximadamente.

¿Cómo funciona?

El Centro de Salud pone en práctica todas aquellas acciones, actividades

y técnicas encaminadas a aumentar la salud de los ciudadanos de su demarcación; por tanto asume funciones de:

- ATENCION DIRECTA A LAS PERSONAS.
- FUNCIONES DE INVESTIGACION.
- FUNCIONES DE ADMINISTRACION PERMANENTE.
- FUNCIONES DE DOCENCIA PERMANENTE.

Concretamente todo Centro de Salud que pretenda diseñar programas efectivos y hacer salud, deberá plantearse:

— Estudio diagnóstico de la comunidad, es decir, condiciones sanitario-ambientales de la zona que le corresponda en orden a sus características industriales o agrícolas o mixtos; rurales o urbanos; zonas periféricas o de centro, etc..., dado que todo ello condiciona el modelo-patrón epidemiológico por los factores de riesgo ambiental.

— Estudio de la población (construcción de pirámide de edad de la población) en orden a sexo y edades.

— Estudio específico y control de los factores de riesgo del mundo laboral, (medidas de protección).

— Estudio pormenorizado de las familias de su competencia, tanto en cuanto a factores genéticos (antecedentes familiares, árbol genealógico), como a los problemas actuales o de futuro, detectando las causas que aparecen en familias de «alto riesgo» muchas veces con problemas «en cadena» por ejemplo: familias numerosas, más paro, más drogadicción, más alcoholismo, más falta total de higiene etc..., familias con patologías en varios miembros.

— Control y seguimiento específico de pacientes crónicos, hipertensivos, diabéticos, reumáticos, cardíacos, etc...

CONOCIMIENTO cualitativo y cuantitativo del perfil de salud de la población considerando obviamente las dimensiones somáticas, psíquicas y sociales para atender a las necesidades en todo el ciclo vital — a partir de aquí DISEÑAR programas de EDUCACION para la salud — Educación Sanitaria. Así pues, nos detendremos en la especifidad del bebé, de la infancia, la adolescencia, el adulto, la mujer embarazada o no y la tercera edad.

De lo dicho hasta aquí, se desprende que la Atención primaria para la Salud tiene dos herramientas de trabajo fundamentales, una es la Epidemiología como Ciencia para conocer y medir las causas que hacen enfermar al hombre y por tanto para combatirlas y otra es la Educación Sanitaria como el más cualificado instrumento de cambio de conducta en manos del profesional de la salud y lo que es más importante del propio individuo para conseguir un estado de vida saludable.

Claves fundamentales del centro de salud:

a) El centro de salud por ser la institucion básica que integra y aplica el conjunto de las funciones sanitarias al nivel específico de atención primaria, constituye la puerta de entrada al sistema sanitario y es la pieza clave que re-

coge las demandas sanitarias y que cuando la respuesta que hay que dar ultrapasa sus posibilidades de actuación canaliza estas demandas a otros niveles del sistema sanitario secundario o terciario.

b) Que la atención Primaria de Salud ha de estar lo más cerca posible del lugar donde residen y trabajan las personal por aquello de que la gente hecha raices. (Se confía en su médio).

c) La atención Primaria es inviable sin el trabajo en EQUIPO. Un trabajo como el que acabamos de referir sólo es posible desde la perspectiva del trabajo inter-disciplinario.

Es necesaria la intervención coordinada de diferentes profesionales como personal médico, de Enfermería, matronas, asistencia social, psicología, administrativo, etc., y será así contando con todos ellos que se podrán promover actuaciones:

A) Los programas de educación para la salud a la problación en diferentes ámbitos.

- En las escuelas de la demarcación correspondiente impartiéndola a los maestros para que la hagan suya y luego la transmitan a los niños que puedan aprender salud a la vez que aprenden a vivir, a pensar, a estudiar.
- En las fábricas o centros de trabajo, conectando con los comités de Empresa, con los trabajadores más motivados en recoger y transmitir mensajes de salud con los propios médicos y enfermería de Empresa.
- En el propio Centro de Salud o Centros Sociales de la Comunidad, por ejemplo Asociaciones de Jóvenes, de Amas de Casa, de vecinos, de Jubilados, de Padres de Alumnos.

B) Los programas específicos de autocuidados y de cuidados asistidos en el Centro de Salud.

- Gimnasia: Para reumáticos
  Para mujeres embarazadas
  Para jubilados
- Dietas: Para diabéticos
  Hipertensos
  Obesos
- Programas de estimulación precoz para madres.
- Controles de Hipertensión para la tercera edad.
- Programas de refuerzo para familias «de riesgo», por parte de Asociación de Amas de Casa, con asesoramiento de Enfermería.

¿Que hace Enfermería?

Partiremos como siempre de algún concepto de enfermería desde luego **abierto**, dado que enfermería está en función de la persona y ésta en tanto que ser social está sometida a cambios culturales, ambientales, de costumbres, modas, etc..., en cualquier caso percibimos la Enfermería como una re-

lación de ayuda basada en la atención o cuidados al individuo, familia y comunidad, que establece un contacto interpersonal, encaminado a promover salud, prevenir la enfermedad, y si está acontece, volver a recuperar de salud.

Enfermería en el Centro de Salud, es una pieza clave: yo diría que es el profesional **artífice** de la coordinación y viabilidad de los objetivos generales del equipo, que hace de catalizador de las demandas y que canaliza al usuario hacia los otros profesionales.

Es el profesional que aporta información desde los cuidados básicos que ella **cubre:** Al médico, a la asistente social, al psicólogo, y a la matrona. Al mismo tiempo, se conecta con todos ellos para captar las actuaciones que están mejorando determinados niveles de calidad de vida en el usuario con lo que la acción de Enfermería entonces refuerza sus cuidados, los globaliza, etc..., produciéndose un círculo terapéutico armonizado.

Por ejemplo: si Enfermería tiene que orientar en una familia con respecto a horarios de comidas y un mínimo de racionalidad en las dietas, así como la higiene de sus miembros, pero esa familia tiene problemas económicos serios y de comunicación entre sus miembros, lo cual ha detectado la Enfermera en su primera visita tendrá que hacer intervenir a los otros miembros del equipo, después de los cual, enfermería podrá aplicar alguna pautas sencillas de funcionamiento, con alguna posibilidad de éxito.

Algunos principios básicos de Enfermería de Salud Pública

1. El servicio de Enfermería en Atención Primaria, es extensivo a toda la comunidad basado en que la salud es un **derecho** de todos los individuos.

2. La Enfermería en Atención Primaria, actúa **conjuntamente** con la comunidad, promoviendo al máximo la autonomía de las personas y de los grupos, haciendo que la Comunidad sea un AGENTE ACTIVO-PROTAGONISTA de sus cuidados. Aportará información y conocimientos a la comunidad y también aprenderá de ella.

3. La Enfermería en Atención Primaria, toma a la familia como unidad de servicio ya que es la manera como la sociedad tiene establecida su vida, su relación y su desarrollo o grupo social.

4. La Enfermería de A.P.S., observa las interrupciones del estado de salud y contribuye a prevenirlos: Es la familia según su nivel de conocimientos y vivencias propios, la que administra los conceptos de salud y enfermedad, en la medida en que la distinción se base en información segura y en previsiones razonables, se conformará un ambiente sano: todos sabemos que hay maneras SANAS de estar enfermo y maneras enfermas de estar sano.

5. La Enfermería de A.P.S. ayuda a ahacer frente eficazmente a las pérdidas de salud y otros problemas.

Estos son inevitables en todas las familias, van desde enfermedades gra-

ves o incapacitantes a problemas crónicos, muerte, hospitalización de algún miembro...

Otro tipo de crisis puede ser la pérdida de empleo, el desmembramiento de la familia (separación de la pareja, hijos que se independizan, etcétera). Si no se les hace frente o se asume debidamente, provoca gran tensión emocional, sufrimiento, inestabilidad, deterioro de la comunicación, etc.

6. La Enfermería de A.P.S. proporciona atención a enfermos incapacitados o a los miembros dependientes de la familia.

Sólo una fracción concreta de dolencias deben ser atendidas en hospitales (nivel secundario o terciario). En efecto, la atención de enfermedades menores, atención a los muy jóvenes o muy viejos antes y después de una operación pueden atenderse en el domicilio.

7. La Enfermería de A.P.S. ayuda a crear y mantener un medio que contribuya a conservar la salud y facilitar el desarrollo personal.

El hogar debe ser un lugar seguro, sobre todo para niños y ancianos, unido al mayor nivel posible de salubridad y confortabilidad, ventilación, higiene, organización mínima.

8. La Enfermería de A.P.S. colabora y ayuda a mantener una relación de reciprocidad entre la comunidad y el Centro de Salud.

La familia ha de conocer sus derechos y aprender a exigir que los servicios sanitarios funcionen. Por otra parte, los ciudadanos han de practicar la solidaridad entre ellos mismos y con el entorno para contribuir a tener ecosistemas saludables, hay que depositar las basuras en recipientes adecuados, abstenerse de producir ruidos innecesarios, etc.

Antes de pasar a relatar nuestra experiencia concreta en un Centro de Salud y de las conclusiones, permitidme dar lectura a una «historia» elaborada hace ya algún tiempo por un Colectivo Sanitario integrado por Enfermeras, médicos, abogados, con el nombre de «Lluis Alcanys» se titula «El tío Pedro, episodio sanitario valenciano». Define una historia que pudiera ser real en lo esencial y que recoge aspectos del momento actual con una proyección de futuro.

EL TIO PEDRO: EPISODIO SANITARIO VALENCIANO

El tío Pedro, jubilado y pensionista, vivía en la comarca de Los Serranos con su mujer, quien le acompaña en su larga existencia.

En su pueblo, a más de cien kilométros de Valencia, había muerto hacía unos meses don Antonio, el médico, quien consumió allí toda su vida profesional: en su lugar, ejercía otro médico joven, instalado provisionalmente,

ya que su nombramiento -!como no¡- era interino.

Este relato no es uno más de médicos, sino un episodio sanitario de la vida del tío Pedro, que llevaba unos días sin encontrarse bien. Era poco amigo de médicos y medicinas, siempre tuvo una buena salud; pero ahora... tenía que ir a que le vieran, ya que además, el joven médico gozaba de buena fama. A las 11 de la mañana, acudió al lugar donde pasaba la consulta. La pequeña sala de espera estaba abarrotada y la gente esperaba en la calle, a donde salió una avispada chiquilla que auxiliaba al médico para decirles que no había llegado aún; estaba en el parto de la Eugenia.

Cuando pasadas un par de horas le recibió el médico, depués de contarle sus cuitas, le dijo que tendría que ir al especialista en Valencia y acudir al ambulatorio correspondiente, «porque él allí no disponía de los medios necesarios para reconocerle y tratarle».

Con el volante y la cartilla volvió a casa, donde comentó con su mujer lo sucedido; había que ir a Valencia. Pero sólo el pasaje del autobús de los dos costaba casi más dinero que la pensión que cobraba, La mujer, sin embargo, no quiso abandonarle.

A las cinco de la mañana tomaron el autobús que les dejó antes de las ocho en las proximidades del Ambulatorio. Consiguieron sobrevivir a la avalancha que se produjo cuando abrieron la puerta y pudieron averiguar que su especialista pasaba la consulta a las doce.

El tío Pedro que estaba en ayunas, no quiso tomar nada «por si acaso», se quedó esperando cerca del mostrador de su piso para coger un buen número, cuando repartieran los de su consulta. Efectivamente, cuando ya estaba asustado de ver que se daban números que superaban los 50 en las consultas anteriores, él consiguió el 3 para la suya.

A las doce, la multitud que aguardaba a la puerta de la consulta dijo que el señor que acababa de entrar era don Gregorio, el especialista que tenía que verle.

La consulta no dió comienzo hasta las doce y cuarto, cuanto terminó el especialista de las diez, después de haber visitado el enfermo que hacía el número 62.

Casi antes de haberse podido enterar, ya habían entrado y salido dos enfermos que le precedían, y oyó vocear su número. Bastante asustado, franqueó el umbral saludando:

—Buenos días...

—Siéntese, cortó D. Gregorio, señalándole la única silla vacía.

Su mujer permaneció de pié.

Una señorita, la misma que le había llamado, le preguntó su nombre, edad y estado, mientras el médico rellenaba unas recetas, que luego le entregó. Entonces le miró por primera vez y le preguntó:

—¿Qué le pasa?

—Pues mire usted, que tengo aquí un dolor en semejante sitio...

¿Cuanto tiempo?

Pues, desde que se casó la Bernarda, pero últimamente más fuerte...

—¿Nada más?

—Bueno, tambien me duelen las rodillas.

Entonces, la mujer de lado añadió:

—Es que una vez le dió una coz una mula...

Don Gregorio le dió unas palmadas por encima de la ropa y le dijo:

—Le hemos de hacer unos análisis y unas radiografías: espere fuera y la enfermera se lo explicará.

Se oyó una fuerte voz:

—¡El siguiente!

Cuando vino a darse cuenta, Pedro estaba otra vez en la antesala y tuvo que esperar unos minutos más hasta que pasaron seis u ocho enfermos.

Salió la enfermera y empezó a repartir cartillas, recetas y explicaciones: a él le dijo:

—Con este volante, suba a la planta 3.ª y allí le dirán el día que tiene que venir a hacerse los análisis; con este otro volante vaya a la planta 4.ª y también le explicarán cómo se ha de preparar para las radiografías y el día que tiene que ir a hacérselas. Cuando tenga todo hecho, se vuelve a esta consulta.

Cumplió al pié de la letra las instrucciones y le dieron dos fechas distintas, para quince y diecisiete días después.

¡Pobre tío Pedro! ¡Dos viajes más!

Así lo hizo, siempre acompañado por su mujer. Hubo que pedir dinero prestado, pues aparte de los viajes, había que comer algo; el autobús volvía tarde: la pensión volaba.

Cuando volvió a la consulta del especialista (cuarto viaje) y se sentó en la misma silla que le acogió la primera vez, descansó pensando que la peregrinación había terminado. En unos pocos días, había viajado más que en toda su vida.

Don Gregorio le pidió los análisis, examinó éstos y las radiografías que estaban sobre su mesa e hizo unas anotaciones diciéndole a la enfermera:

—Rellene tres recetas.

Mientras las hacía, él escribía algo en el volante que le había enviado el médico de cabecera. Al devolverle la enfermera las recetas, puso el nombre de tres medicamentos y dirigiéndose a Pedro le dijo:

—Se ha de poner varias inyecciones; una diaria, un supositorio al acostarse y una pastilla después de las comidas. Cuando se le acaben, su médico se las repetirá durante dos meses.

—¿Qué es lo que tengo doctor? dijo Pedro revistiéndose de todo su valor.

—Su médico se lo explicará. Aquí en el volante lleva el diagnóstico.

Desde la consulta el matrimonio pasó a la farmacia, retiró los medicamentos y tomó algo en el bar próximo, ¡siempre hay una farmacia y un bar cerca de los ambulatorios!

Por la tarde, regresaron al pueblo.

Al día siguiente, cuando fué a ver al médico, se enteró de que acababa de llegar otro interino; el anterior ya había cesado.

—El médico de Valencia, -dijo Pedro- me ha recetado unas inyecciones, unos supositorios y unas pastillas. Vengo para que me haga usted el volante para que me pinche el practicante y me diga qué es lo que tengo.

El nuevo médico, cogió el volante, le extendió la nota para el A.T.S. con la ayuda de la caja de inyectables y le dijo:

—¡Pero hombre! ¿Cómo quiere que le diga lo que usted tiene si no lo he visto nunca y la letra de este hombre no hay quien la entienda?

—¡...!

Pedro volvió a su casa, se sentó al lado de la chimenea donde ardían unos leños y pensó...

Pasó un tiempo. El tío Pedro había consumido ya varias cajas de inyecciones, supositorios y pastillas, y sin embargo, el puñetero dolor que no se iba.

Había una cosa que el pobre Pedro no entendía, cada vez que el nuevo médico le extendía la oportuna receta.

¿Cómo es posible -se preguntaba para sí- pues para rato se lo decía al médico - que este hombre me haga las recetas si no sabe lo que tengo?

Cansado de tanto potingue, el tío Pedro mandó a hacer gárgaras las medicinas y ¿mira por donde? notó que se encontraba un poco más despierto, sin embargo, el dichoso dolor...

Un buen día, el Ayuntamiento del pueblo organizó una charla vecinal, en la que se iba a explicar la apertura de un cercano Centro de Salud Comarcal. Nuevos aires parecían correr, y el tío Pedro se animó a ir.

Su mujer desde la puerta le decía:

—No sé para que pierdes el tiempo, si esos de la salud lo arreglan todo con medicinas.

Pero el tío Pedro asistió.

Pasadas un par de horas, volvió a casa un poco escéptico:

—No sé -le dijo a la mujer- han dicho que ya no va a ser necesario ir a Valencia más que en casos graves, que no sólo se va a curar, sino que también se va a «prevenir la enfermedad» que habrá un equipo médico, y no sé

cuantas cosas más.

—¡Va! lo que yo te diga, «medicinas y res més», replicaba la mujer.

Sin embargo, un día Pedro se animó a acudir al centro de salud, situado a pocos kilometros de su casa. Su mujer le acompañaba, por aquello del dedo en la llaga.

Al llegar les atendió una enfermera. No había acabado de decir su nombre y apellidos el tío Pedro, cuando aquella leía en voz alta en una ficha blanca.

—Pedro Pérez Serrano, de 66 años de edad, jubilado, hijo de Pedro y Alicia, percibe una pensión de la Seguridad Social de 15.300 ptas. casado y sin enfermedad declarada alguna.

La cara de asombro del matrimonio, fué un poema.

—¿Será que nos hemos equivocado de oficina y estamos en el Gobierno Civil? —se preguntaba Pedro ingenuamente.

—Esperen un momento ahí sentados, que enseguida les verá el médico, continuó la enfermera.

Al rato pasaron a la consulta del médico:

—Vamos a ver Pedro, dijo el médico, que ya disponía de la ficha del paciente.

—¿Qué le pasa a usted?

Pedro, más relajado por aquello de oír su nombre en boca del médico, se confió tímidamente.

—Pues mire doctor, que tengo un dolor aquí en la espalda y también en las rodillas desde hace tiempo, que no hay forma de quitárselo de encima.

—A ver, desnúdese de cintura para arriba —replicó el médico.

—¿Se ha dado usted algún golpe, aquí, donde le duele?

Pedro miró de reojo a su mujer. No se atrevía a confesar lo de la mula. Su mujer más abierta contestó:

—Pues mire doctor, la mula que hizo honor a su nombre y...

—Bien, ya se puede vestir —dijo el doctor.

—¿Qué le parece doctor?, señaló Pedro.

—Tendrá que venir un par de días a la semana para hacer ejercicios de rehabilitación, aquí disponemos de lo necesario para ello, la enfermera y otras personas que estaban como usted se los enseñarán. Creo que con esto bastará.

—¿Y no le da ninguna medicina? Replicó la mujer de Pedro.

—No hace falta, si acaso cuando le duela mucho, que se tome una aspirina.

Ya en casa, Pedro se sentó una vez más junto a la chimenea. Miró el fuego lentamente y pensó que algo había empezado a cambiar.

Nuestra experiencia en un Centro de Salud.

Lo que vamos a decir aquí es el resultado de cinco años de vivencias en ATENCION PRIMARIA DE SALUD desde una doble vertiente:

— Como Profesoras de Enfermería de Salud Pública en el planteamiento y proceso de formación de alumnos.

— Como colaboradoras y directas observadoras del despegue profesional de una enfermera encargada de dar consistencia y continuidad a los cuidados de Enfermería en el Centro de Salud con su presencia oficialmente reconocida.

Tanto una actuación como otra se ha desarrollado desde el llamado Centro Sanitario de Godella (aunque es un Ambulatorio, tiene aportación económica del Ayuntamiento), un pueblo de la comarca de L'HORTA. De 7.804 habitantes, situado a 13 km. de la ciudad de Valencia.

Escogimos este centro para trabajar ya que aquí se había iniciado un proceso de reconversión de las prestaciones sanitarias con respecto a las que habitualmente se ofrecen en los ambulatorios de la Seguridad Social, ya que las personas que lo integraban, Pediatra, Médico General y Matrona, se habían planteado abarcar actividades de Promoción de la Salud, encaminadas a proporcionar una cobertura integral sanitaria.

Cómo se perfila el trabajo de Enfermería en Atención Primaria

Los objetivos de Enfermería en Atención Primaria para la salud se consiguen a través de las actuaciones en las áreas de Educación Sanitaria, Atención Directa a toda la población, Administración, Docencia e Investigación. Estas actuaciones no son exclusivas de Enfermería, pero pasan a ser de su

competencia específica en tanto abarquen el enfoque específico de CUIDADOS.

Actuaciones de Enfermería en Godella e historia de una trayectoria

Hemos intentado recoger la experiencia de Enfermería por escrito y para ello se han elaborado:

1.° Ficheros propios. Libro de enfermería con resúmenes de cada paso y programación de actividades diarias y semanales en forma de paneles.

2.° Protocolos de recogida de información sistemática en cuanto a:
- Problemas de salud actuales.
- Problemas de salud potenciales.
- Pautas terapéuticas instauradas por el médico.
- Demandas nuevas que se plantean.
- Ambiente psico-afectivo.
- Condiciones sanitarias de la vivienda.
- Características del entorno inmediato.
- Duración de la visita.

3.° Protocolo patrón a modo de P.A.E. en Atención Primaria, donde se recogen varios aspectos de la VISITA de forma sistematizada que permite evaluar el trabajo para introducir modificaciones, sacar conclusiones de la calidad del mismo.

4.° Puesta en marcha de sesiones de Enfermería antes y después de cada visita domiciliaria para su preparación y evaluación respectivamente.

5.° Puesta en marcha de sesiones con todo el Equipo para analizar interdisciplinariamente las familias atendidas.

Visita en domicilio: Hasta ahora nuestra experiencia en visita domiciliaria abarca el área de Pediatría y el área del adulto con respecto a la Hipertensión; personas encamadas, hemipléjicos, bronquíticos, enfermos terminales, diabéticos.

Actividades en el centro: Enfermería profesional y alumnado

Se ha actualizado el censo de la población y construido su pirámide de edades, el cual permite elaborar programas en base a una población definida (edad, sexo). Conocer la incidencia y la prevalencia de las patologías, etc.

Se han puesto en marcha los programas de gimnasia rehabilitadora para pacientes reumáticos, habiendo conseguido mejorías controlodas y evaluadas con arreglo a índices científicos: Indice de LEE y de RITCHIE, disminuido o suprimido medicación.

Se han iniciado los programas de control de Hipertensión a la tercera edad, conectando con este grupo de población a través de esa actividad y promoviendo actividades recreativas, de gimnasia, de dietas, etc.

Se han realizado los controles de vacunación infantil en los días programados a tal efecto, acudiendo los niños al centro de forma que si algún niño falla en el día previsto, la enfermera recaba información sobre los motivos, telefónicamente o por visita en domicilio.

ANEXO N.º 7
HOJA INFORMATIVA BASICA
(PEDIATRICA)

APELLIDOS .....
NOMBRE ..... SEXO ..... EDAD .....
DIRECCION ..... LOCALIDAD .....

INFORMACION BASICA

Nombre de la madre ..... edad .....
Nombre del padre ..... edad .....

INFORMACION SOCIO CULTURAL

Datos culturales ..... estado civil .....
Datos profesionales .....
Características del grupo familiar .....

DATOS RELACIONADOS CON MICROAMBIENTE

Vivienda .....
Entorno inmediato .....
Otros .....

CLIMA FAMILIAR

ANEXO N.º 8
PRACTICAS DE ENFERMERIA REALIZADAS EN EL CENTRO DE SALUD DE GODELLA

EQUIPO:

LA VISITA DE SALUD EN EL PACIENTE CRONICO (HIPERTENSO):

1. Justificación.
2. Objetivo.
3. Contenido - Documentos.
4. Coordinación.
5. Evaluación.

1. **Justificación:** Desde el punto de vista docente que el alumno adquiera habilidad para trabajar en la comunidad en una perspectiva y concepción integral de la salud.

2. **Objetivo:** La visita de salud tiene por objeto mejorar el estado de salud de un grupo específico de la población en este caso de personas con hipertensión arterial en una línea de impedir que su proceso morbido avance.

Para ello se establecerán:

— Los controles específicos que cada caso requiera.

— La Información-Educación sanitaria que el caso requiera acerca del problema.

— Motivar al interesado y a la familia a asumir los auto-cuidados, es decir, una vez que conozcan las pautas concretas de actuación que las lleven a cabo.

3. **Contenidos - Documentos:** Hoja standart para recogida de información. Folletos para dar en el domicilio.

4. **Coordinación:** Con el equipo de salud, con el Médico General antes y después de la visita.

5. **Evaluación:** Con Profesoras de Enfermería y con equipo.

ANEXO N.º 9

HIPERTENSION - VISITA DE SALUD

NOMBRE DEL PACIENTE ..... PESO ..... TALLA .....

FECHAS					
FRECUENCIA CARDIACA					
T. A.					
MEDICACION	DOSIS				
	MEDICAMENTO				
ALIMENTACION					
EJERCICIO	SI				
	NO				
TABACO:	N.º CIGARRILLOS AL DIA				
SUEÑO:	N.º HORAS DORMIDAS				
REPOSO:	N.º HORAS				
VALORACION	EXISTENCIA STRESS				
OTROS PROBLEMAS DE SALUD EXISTENTES					
OTROS MEDICAMENTOS					

ANEXO N.º 10

ESQUEMA ORIENTATIVO A SEGUIR PARA ELABORAR EL INFORME POSTERIOR A CADA VISITA DE ENFERMERIA PEDIATRICA O DEL ADULTO

1. Información útil y previa a la visita

2. Desarrollo de la misma

Ordenadamente, siguiendo los aspectos en las hojas de recogida de datos utilizadas en la visita, y especificando la situación del paciente y la actuación que hemos tenido en cada caso. Sirve de interpretación y enriquecimiento a la toma de datos escueta.

3. Valoración de la atención

Que en nuestra opinión precisara en el futuro. Tanto en lo relativo a la frecuencia de las visitas, como a la orientación que deba darse a las mismas.

4. Valoración de la respuesta de la familia y/o del paciente con los siguientes aspectos:

a) *Aceptación y sentimientos hacia su problema de salud,* y la importancia que le conceden el individuo y la familia.

b) *Respuesta terapéutica* en cuanto a la aceptación hacia el Servicio de Enfermería que se presta y en lo referente a la atención que les concede el Doctor. En último extremo hay que reflejar si el paciente se siente suficientemente atendido.

c) *Respuesta de conducta,* en lo referente a una obediencia fiel al tratamiento y en caso contrario causas que puedan motivar en nuestra opinión dicha conducta.

Educación sanitaria: Se han diseñado e impartido charlas de Educación Sanitaria a los maestros del pueblo sobre diferentes temas de salud, incluidos sexualidad, drogas, higiene, alimentación, etc.

En los colegios se han realizado controles de revisión odontológica a los niños derivándolos al especialista (nivel terciario HOSPITAL PESET ALEIXANDRE DE VALENCIA). Asimismo se han pautado los enjuagues de flúor.

Se han impartido charlas específicas de Educación Sanitaria a:

— Agricultores.
— Padres de Alumnos.
— Amas de casa.

Por último, se ha confeccionado (pendiente de publicación) una memoria exhaustiva del funcionamiento del Centro con propuesta de programación para el 85 y sucesivos. Por lo que respecta al área Materno-Infantil, que

comprende actividades desde el momento en que la pareja desea tener un hijo, hasta que el niño tiene 7 años de edad intervienen:

— EL PEDIATRA.
— DOS ENFERMERAS:
  — Pediátrica (Remedios Cataluña).
  — Odontológica (Francisca Soler).
  — Matrona.
  — Psicólogo.

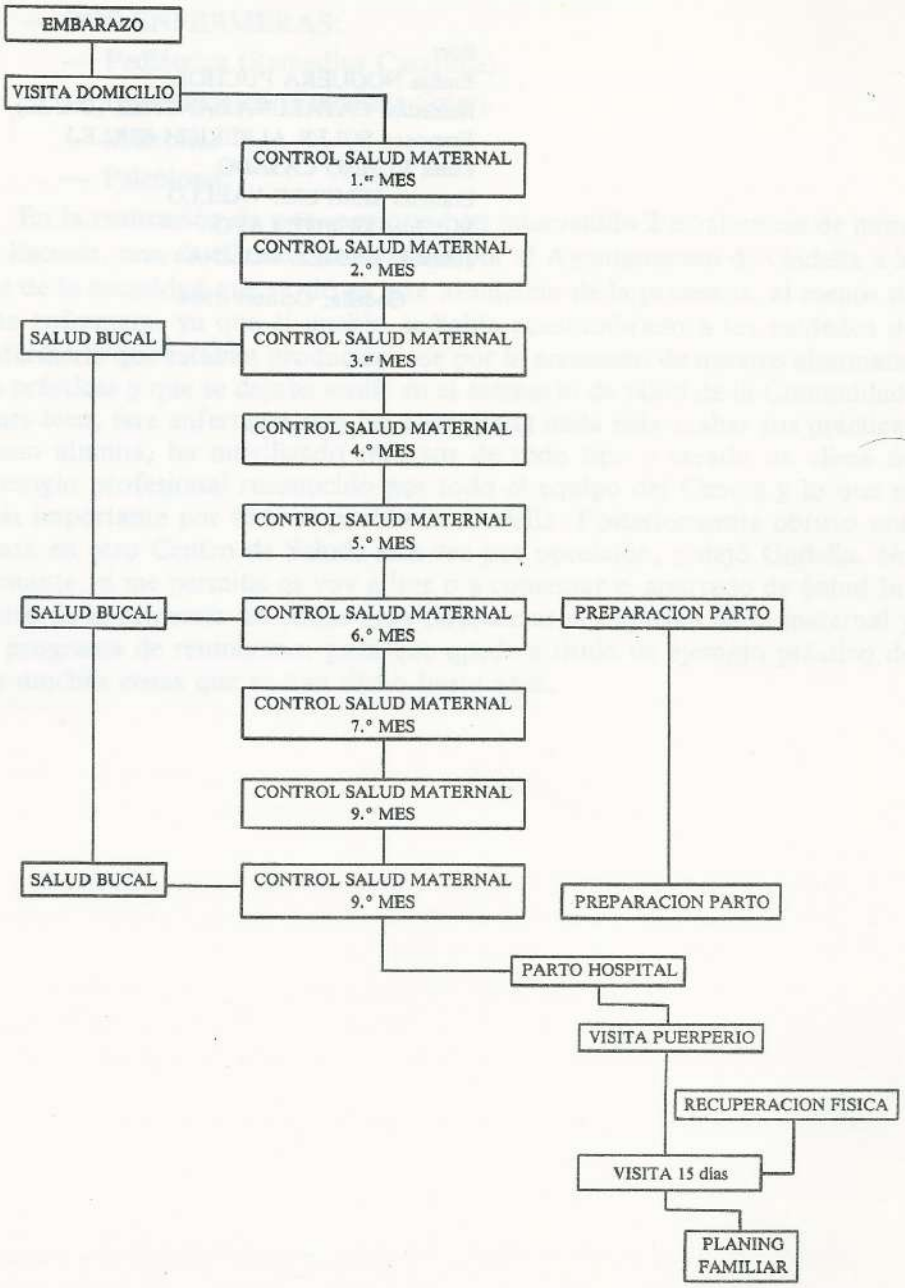
En la realización de esta memoria han intervenido 2 ex-alumnas de nuesta Escuela, una de ellas fué contratada por el Ayuntamiento de Godella a la luz de la necesidad que se vió en este Municipio de la presencia, al menos de una enfermera, ya que el pueblo se había acostumbrado a los cuidados de enfermería que estaban produciéndose por la actuación de nuestro alumnado en prácticas y que se dejaba sentir en el escenario de salud de la Comunidad. Pues bien, ésta enfermera que fué contratada nada más acabar sus prácticas como alumna, ha movilizado recursos de todo tipo y creado un clima de prestigio profesional reconocido por todo el equipo del Centro y lo que es más importante por todo el pueblo de Godella. Posteriormente obtuvo una plaza en otro Centro de Salud, esta vez por oposición, y dejó Godella. No obstante, si me permitís os voy a leer o a comentar el apartado de Salud Infantil de la memoria así como unas referencias al esquema de la maternal y al programa de reumáticas, para que quede a título de ejemplo práctico de las muchas cosas que se han dicho hasta aquí.

PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL MATERNO-INFANTIL EN UN CENTRO PRIMARIO DE SALUD

Por:
Emilia NOGUERA PUCHOL
Remedios CATALUÑA SANCHEZ (D.U.E.)
Francisca SOLER ALBERICH (D.U.E.)
Luisa RUANO CASADO
Encarna SEMPERE VAELLO
M.ª José DUPUY LAYO
Jesús A. GOMEZ MOLINA

Godella, Octubre 1984.

ORGANIGRAMA DE INTERVENCIONES SANITARIAS MATERNAS



PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL MATERNO-INFANTIL

2. SALUD INFANTIL.

2.1. Conocimiento del microambiente.

2.1.1. Informe social. Ya hemos señalado anteriormente que el programa de salud maternal se iniciará con la visita al domicilio de la embarazada por parte de la enfermera, en tanto no dispongamos de Asistente Social. En dicha visita se recogerá información suficiente como para detectar posibles factores de riesgo para el futuro niño (Anexo V). El informe de dicha visita será utilizado por la enfermera y matrona para establecerse un plan de actuación dirigido a mejorar las condiciones ambientales y sociales en las que va a desarrollarse el futuro niño, si lo precisa.

2.1.2. En el último trimestre de gestación dentro del curso de preparación al parto están programadas tres charlas de puericultura y una de maduración psicomotriz del recien nacido y lactante, que realizará la enfermera pediátrica, la pediatra o la psicóloga. el contenido girará en torno a:

— Cambios en la dinámica familiar con la llegada de un nuevo ser.
— Características del recien nacido y lactante.
— Higiene, sueño, paseos.
— Alimentación.
— Maduración psicomotriz y social. Adquisición de hábitos.

2.1.3. Las visitas a domicilio tienen como objetivo ampliar la información del microambiente en que se desenvuelve la familia, observar la dinámica familiar y los cambios que se van produciendo en las diferentes visitas, conocer los hábitos higiénicos de alimentación, entretenimiento y descanso. Valorar la eficacia de los consejos que se les ha ido dando, observar si siguen las indicaciones de alimentación y vitaminas en el caso de los lactantes. Identificar problemas sanitarios. Dar los consejos pertinentes.

Se han escogido:

— El 5-7 día de vida por producirse durante esos días un cambio importante en toda la organización familiar y encontrarse ante el reto de desempeñar con éxito su nuevo papel de madre.

— A los cuatro meses los objetivos principales de esta visita son: Vigilar el cuidado afectivo y la estimulación. Recientemente pueden haberse produ-

cido cambios importantes, la reincorporación de la madre al trabajo puede hacer que el lactante quede a cargo de otra persona o sea llevado a guardería. Habrá que cuidar que el lactante reciba las muestras de afectividad y la estimulación suficiente para que no haya repercusiones en su maduración psicológica. El interfes por simplificar los cuidados del lactante cuando no es la madre la que lo cuida, un concepto erróneo de sus necesidades alimentarias o la falta de tiempo por consultar a personal cualificado, están haciendo que se introduzcan cambios en la alimentación, no recomendados. Vigilar las vacunas.

— A los dos años, los objetivos principales son:

- Conocer los cambios que se hayan producido en el microambiente y en la dinámica familiar.
- Como se está produciendo la socialización del niño. El parvulario.

— A los cuatro años: En esta visita se añadirá como objetivo la información sobre el papel que la escuela va a jugar en el desarrollo general del niño. Los efectos negativos de una inadaptación escolar y la importancia de la relación padres-escuela.

2.1.4. En el seguimiento de cada niño está programada una entrevista con la parvulista que tenga a su cargo el niño, tanto en el parvulario como en preescolar.

En el caso en que se precise mayor colaboración se programará ésta de forma individualizada.

Durante el curso escolar daremos un grupo de charlas para maestros, en las que pretendemos especialmente proporcionarles las técnicas y el material suficiente para adaptarlos a los diferentes niveles de E.G.B. (juegos, coloquios, cuentos, audiovisuales, posters). Los temas escogidos son:

- Conocimiento del propio cuerpo.
- Alimentación.
- Higiene dental.
- Ecología.
- Accidentes infantiles.
- Ejercicio físico y juegos.
- Formas saludables de vivir.

Por último continuaremos con el ciclo inciciado en el curso escolar 83-84 dirigido a los profesores de EGB de los dos colegios nacionales y los dos subvencionados al 100%, los cuales recogen a la mayoría de la población escolar de Godella. El objetivo es ampliar sus conocimientos en temas como:

- Educación sanitaria.
- Salud escolar.
- Accidentes en la escuela. Prevención y actuación.

- Toxicomanías.
- Enfermedades transmisibles. Medidas colectivas e individuales.
- Información sexual en la edad escolar. La sexualidad infantil.

2.2. Seguimiento del recién nacido, lactante y niño sano hasta los siete años.

2.2.1. Controles periódicos de salud.

Desde el momento de su nacimiento, todos los niños que vivan en Godella hasta los siete años, serán sujeto de un programa mínimo de atenciones sanitarias dirigidas a vigilar su buen desarrollo psico-físico, su adaptación social y a despistar precozmente disfunciones o patología incipiente.

Estas atenciones se concretan en una serie de controles periódicos de salud por parte del pediatra y la enfermera que se realizarán a los 14 días, 20 días y cuatro semanas, y mensualmente hasta los 11 meses, con una tolerancia de + 3 días. Los doce, 15, 18 y 21 mes con una tolerancia de + una semana. A los 2, 3, 4, 5 y 6 años con una tolerancia de -2 semanas y +3 semanas. De esta manera nos ajustaremos a las normas aceptadas por los Grupos Internacionales de Investigaciones coordinadas sobre el Crecimiento y Desarrollo infantil.

La técnica de peso y talla sería la habitual en estos estudios. El peso hasta los 15 kg. en pesa-bebé con intervalos de 10 gramos y a partir de 16 kg. en la báscula de pié con intervalos de 100 gramos, en ambos casos desnudo. La talla hasta los 2 años, acostado, con intervalo de 0,1 cm. (para determinar los percentiles utilizaremos las tablas de talla y peso y perímetro craneal de Sempe).

El contenido de los controles para cada edad se especifica en el anexo VI. En todo ellos se dedicará unos minutos a hablar de algún tema sanitario de interés según la edad y características del niño.

Al final de cada control se le anotará la cita del siguiente control y se revisarán si hasta ese momento ha recibido las acciones sanitarias programadas de otros subprogramas.

La vacunación obligatoria se aplicará en los meses que le correspondan aprovechando la visita del control de salud. Si en ese momento hubiera alguna contraindicación la enfermera se responsabilizaría de su vacunación en una próxima cita.

2.2.2. Salud Bucal.

La entrada en este subprograma se produce a los 12 meses por citación a partir del exámen de salud de los 11 meses. En este primer control se recogerán los antecedentes y evolución de la maduración dental. Se hace un exámen del estado de los dientes y mucosas, detectanto la placa bacteriana si la hubiera.

Se le enseñará a la madre a limpiar los dientes de su hijo. Se le dará información de la relación de la dieta alimentaria con la frecuencia de caries y

de la dureza del esmalte con la ingestión de fluoruros. Por último se le recetará fluoruro sódico para que ella misma prepare una solución que deberá administrar a su hijo en pequeñas dosis diarias.

Los controles se irán haciendo cada seis meses adaptando la información sanitaria a la edad del niño y a su capacidad de aprendizaje. A los 5 años todos los niños deben haber aprendido el uso del cepillo y los enjuagues bucales. A los 7 años deben haber aprendido el uso de la seda dental.

A partir de los 5 años iniciaremos aplicaciones de fluoruro, y realizaremos sellados oclusales y limpieza de boca si se precisa.

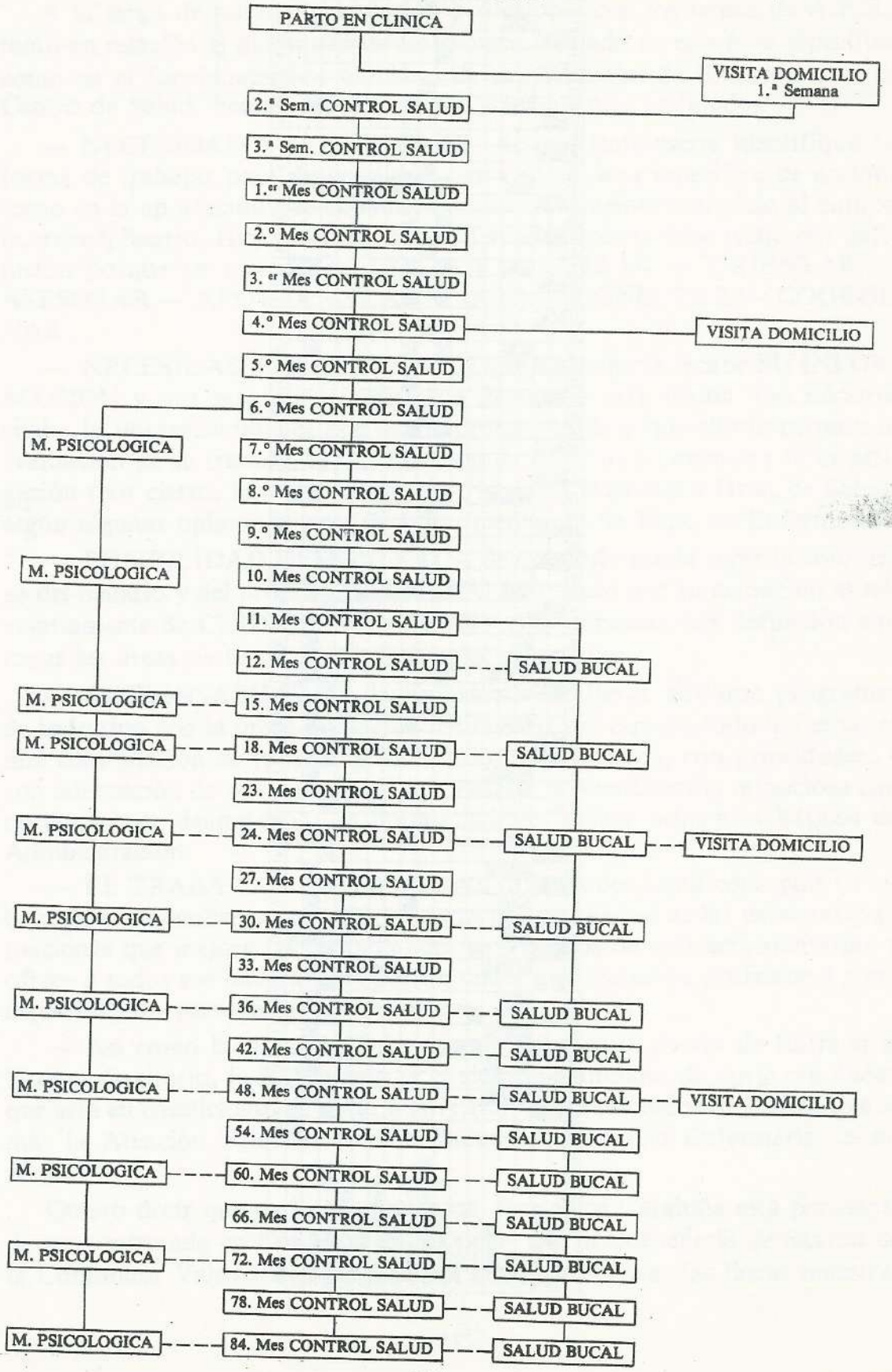
Cualquier estado anómalo de la cabidad bucal que requiera acciones curativas será derivado al adontólogo, incluída la extracción de residuos y la limpieza de caries y obstrucción, actividades ambas susceptibles de integrarse a la Atención Primaria.

En niños que presenten riesgos específicos (dientes acabalgados, espasticidad mandibular, hipertonía muscular, medicación perjudicial para la formación del diente) indicaremos a la madre el mayor uso de la técnica de blooting y le trataremos con clorhexidrina.

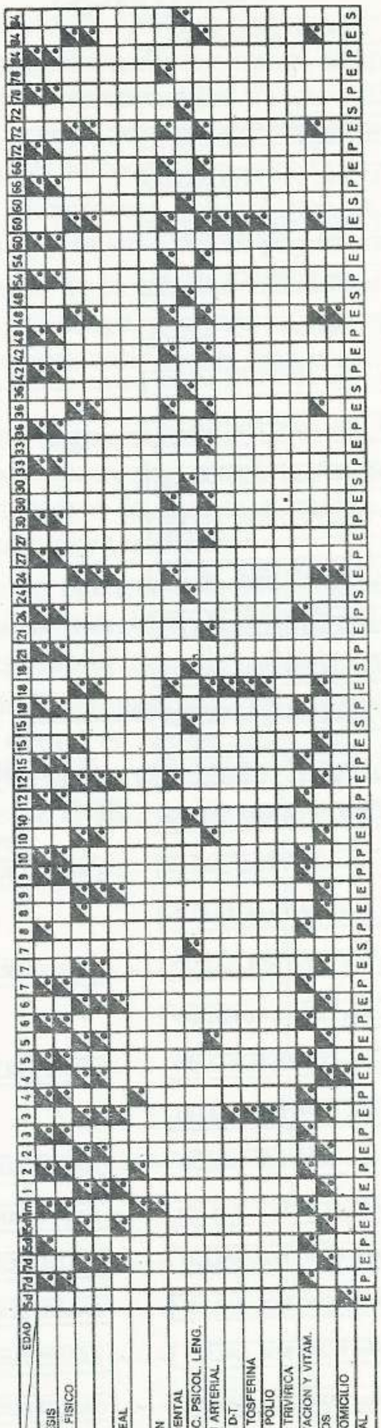
En el caso en que un niño entre en este subprograma cuando ya sea mayor de un año se le irá transmitiendo en los sucesivos controles la información sanitaria que hasta ese momento debería haber recibido.

Después de dos años de funcionamiento en consulta pondremos en marcha el programa de salud dental en las escuelas. Este incluye información y adiestramiento del escolar en el uso del cepillo, seda dental y blooting, adaptado a los distintos niveles de EGB y enjuagues semanales con una solución de fluoruro sódico al 0,2%.

ORGANIGRAMA DE INTERVENCIONES SANITARIAS PEDIATRICAS



SECUENCIA DE INTERVENCIONES SANITARIAS



REMEDIOS CATALUÑA

CONCLUSIONES

A lo largo de nuestra vinculación profesional con los temas de A.P.S., tanto en relación al alumnado de Enfermería ubicado en este área específica como en el funcionamiento concreto de profesionales de Enfermería en el Centro de Salud, hemos experimentado las siguientes realidades:

— NECESIDAD Y POSIBILIDAD de que Enfermería identifique su forma de trabajar para desarrollarla tanto en su área específica de acción, como en la aportación que supone en tanto que miembro sumado al equipo interdisciplinario. Hay que decir que Enfermería apenas tiene techo por definición porque su materia es ABIERTA — CUIDAR — ORIENTAR — ASESORAR — APOYAR — CANALIZAR — CONECTAR — COORDINAR...

— NECESIDAD APLASTANTE de que Enfermería recabe SU INFORMACION y que ésta quede registrada de una ú otra forma «no importa cual», lo imprescindible es que quede protocolizada y que ello le permita la evaluación de su trabajo, la introducción de cambios si procede y la investigación (por cierto, hay que hablar de: Hria. del Paciente o Hria. de Salud, según algunas opiniones y no de Hria. médica ni de Hria. de Enfermería).

— POSIBILIDAD DEMOSTRADA de que Enfermería capte la confianza del usuario y del propio equipo de SALUD, dado que su actuación es necesariamente de CUIDADOS BASICOS y ellos conectan por definición con todas las áreas de los otros profesionales del equipo.

— RESPONSABILIDAD de Enfermería de llevar adelante programas de todo tipo con la única limitación del tiempo y el espacio todo lo demás es una combinación de programación con objetivos claros, con prioridades, y con adecuación de recursos. Aquí es necesaria la planificación minuciosa con horarios bien delimitados. Es imprescindible utilizar principios básicos de Administración.

— EL TRABAJO en equipo presenta dificultades hasta conseguir su integración, sin embargo, permite un conocimiento global de las personas y situaciones que mejora las posibilidades en términos de «eficacia sanitaria» y ofrece a todos sus integrantes oportunidades de superación profesional y enriquecimiento personal por el fenómeno de OSMOSIS.

— Así como la Atención Primaria de Salud es la puerta de Entrada al Sistema Sanitario, la Enfermería es el elemento humano de «primera línea» que está en condiciones de dotar a la A.P.S. de un talante vivo y saludable es más la Atención Primaria para la Salud...será con la Enfermería...o no será...

Quiero decir que en estos momentos, Remedios Cataluña está pendiente de ser contratada en Comisión de Servicios por la Consellería de Sanitat de la Comunitat Valenciana, para definir entre otras cosas las líneas maestras

de ordenación de Enfermería de Salud Pública a nivel de País Valenciá.

Después de esto yo solo puede decir que ni Enfermería pudo llegar a más en tan poco tiempo, por lo que nos felicitamos, ni la Consellería pudo elegir mejor. Por mi parte no podía acabar esta reflexión a modo de bocanada de aire fresco, de otra manera que no fuera la conexión entre las enfermeras juntando las manos de todas cuantas han sido mis maestras. GRACIAS.

VIRGINIA.
TERESA.
ROSA.
REMEDIOS.

GRACIAS A TODAS VOSOTRAS POR ESCUCHARME.

BIBLIOGRAFIA:

ALMA ATA: Documento Declaración Septiembre de 1978.

PIULACH MOLES, M.ª TERESA: Conceptos básicos de Enfermería.

G.A.P.S. Collegi de Metges de Barcelona. El Centre de Salut.

JORDI GOL: CONGRES DE LLENGUA I CULTURA CATALANA. Concepte de Salut. Perpinya 1976.

PUJOL COLOMER, JUAN: Pirámide invertida. Rol n.° 12.

BELLVER CEBRIA, AMPARO: NOVALES ASO, Victoria. LAS ENSEÑANZAS DE ENFERMERIA EN EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD. PUBLICACION INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA EDUCACION. UNIVERSIDAD DE VALENCIA.

MEMORIA DEL CENTRO SANITARIO MUNICIPAL DE GODELLA. E. GODELLA. E. NOGUERA, R. CATALUÑA, F. SOLER, L. RUANO, E. SEMPERE, M.ª J. DUPUY, Jesus A. GOMEZ. GODELLA, Octubre 1984.

TEXTO CONVALIDACION A.T.S.

EL PAPEL DE ENFERMERIA EN ATENCION PRIMARIA. NOVALES ASO, Victoria. BELLVER CEBRIA, Amparo. Conferencia pronunciada en las sesiones de Salud Pública del INSALUD. Valencia, Mayo de 1984.

3.ª PONENCIA

LA ENFERMERIA Y EL NUEVO MODELO DE GESTION

GERARDO CAÑIBANO CASARRUBIOS
Director de Enfermería
del Hospital General Insalud,
de Guadalajara.

Antes de comenzar mi conferencia deseo agradecer a las organizadoras de estas Jornadas su amabilidad al haberme invitado y poder compartir con ustedes unos minutos de reflexión acerca de un tema tan apasionante para mí como es la situación de la Enfermería en el sector hospitalario y más en concreto las repercusiones que la reforma hospitalaria está teniendo sobre la práctica profesional de nuestro colectivo. Muchas gracias por ello.

«El nuevo modelo de Gestión Hospitalaria» es el nombre con el que se conocen una serie de medidas instrumentadas por la administración sanitaria con el fín de facilitar la reforma hospitalaria e incrementar la calidad asistencial.

Hasta tanto no se fije el marco general para la reforma sanitaria, la Ley General de Sanidad, la administración ha optado por la aplicación de reformas graduales y paulatinas para situar a la red hospitalaria pública en las mejores condiciones para el futuro desarrollo de su reforma hospitalaria.

Esta serie de medidas quedan concretadas en los siguientes puntos:

— «La necesidad de hacer gestión en los hospitales.
— La necesidad de que se dispongan de objetivos asistenciales y económicos en los centros hospitalarios.
— La creación de una infraestructura de información mínima y homologada para toda la red.
— La Introducción Sistemática del control de calidad.
— La humanización de la asistencia con la declaración del Código de Derechos y Deberes de los pacientes y su necesaria instrumentación práctica, y la creación en nuestros centros hospitalarios de los llamados Servicios de Atención al Paciente».

Paralelamente a estos puntos se han elaborado disposiciones legislativas (O.M. de 28 de febrero, de 1 de marzo y de 5 de julio), que modifican sustancialmente el contexto en el que se desarrolla la prestación de los cuidados de Enfermería en los hospitales.

El Nuevo Modelo de Gestión hospitalaria contempla además el aspecto específico de la atención de Enfermería al que dedica un apartado titulado: «Nuevo Modelo de Gestión en Enfermería» y que resume la «necesidad de que el personal de Enfermería organice su propia estructura funcional encaminada a:

1.° Tener conocimiento de la realidad actual de cada hospital en cuanto a recursos humanos, económicos y materiales.

2.° Conocer los rendimientos personales de la diferentes especialidades.

3.° Instrumentar una metología de trabajo que garantice documentalmente: Los cuidados básicos de Enfermería, la administración del tratamiento y cuidados terapéuticos, la realización de pruebas, diagnósticos y la transmisión de información.

4.° Recoger los datos para la información y su posterior elaboración.

5.° Verificar la consecución de los objetivos o exponer las dificultades para el logro de los mismos».

El Nuevo Modelo de Gestión se completa con la definición de los objetivos de gestión asistencial para el año 1984, y que en el caso de los objetivos de Enfermería no se quedan en una pura enumeración de metas de gestión sino que llevan implícitos un modelo de asistencia de Enfermería al que intentaremos aproximarnos a lo largo de esta disertación y el posterior coloquio.

El contenido del Nuevo Modelo de Gestión es tan amplio como amplia y compleja es la administración hospitalaria. Un análisis de todos y cada uno de los puntos que engloba este concepto novedoso de la gestión, sería cometido, no de una conferencia, si no de un ciclo de conferencias o de unas jornadas dedicadas específicamente a profundizar en las repercusiones que cada una de las medidas propuestas tiene sobre la atención de Enfermería. Esta batería de útiles para la conducción de los hospitales son susceptibles de fomentar en el futuro, y por poner algunos ejemplos, cambios en el rol de la Enfermería ejecutiva, de ampliar el grado de autonomía de la Gestión de los servicios de Enfermería y por consiguiente, de modificar el status de la Enfermería hospitalaria, de cambios en el patrón de funcionamiento de la Enfermería tradicional, un enfoque más racional en la asignación de recursos humanos para los servicios de Enfermería, la introducción del concepto de rendimiento o utilidad social en los recursos que la comunidad pone a disposición de las enfermeras, el acceso de los responsables de los servicios de Enfermería a los centros de decisión, etc...

El asunto a tratar es pues, por su extensión, proclive a las generalizaciones y estas suelen aportar bien poco a cualquier función de análisis.

Para evitar el riesgo de inconcrección me centraré en los aspectos, a mi juicio, más relevantes de los que he citado y lo haré desde la perspectiva de un enfermero empeñado en racionalizar el entorno en el que desarrolla su actividad.

2. LA DIRECCION POR OBJETIVOS Y EL TRABAJO EN EQUIPO

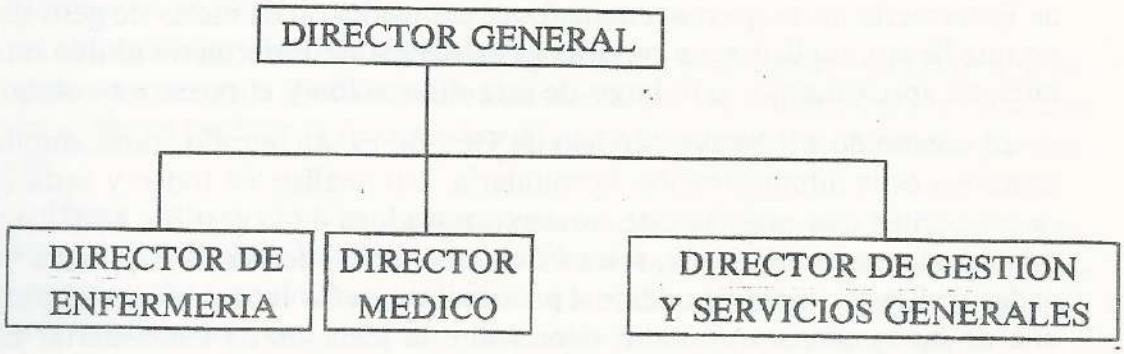
Quizá uno de los aspectos más relevantes en esta nueva ordenación de la vida hospitalaria sea la estructuración de los equipos directivos y la aparición del término Dirección por objetivos.

Como se recoge en la O.M. de 28 de febrero y 1 de marzo, por las que se establecen los órganos de Dirección de los Hospitales y se aprueba el Reglamento General de Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales de la Seguridad Social, todas las actividades y servicios de los hospitales se agrupan en tres Divisiones:

— División Médica.
— División de Enfermería
— División de Gestión y Servicios Generales

al frente de cada cual figura una Dirección, quedando el organigrama como se refleja en la figura 1.

Figura 1



A nadie se le escapa la trascendencia del rango obtenido por la División de Enfermería en el esquema Directivo. Sin riesgo de ser exagerado, creo que es una trascendencia histórica.

Independientemente de las carencias o de las contradicciones que puedan existir en el conjunto de normas que estamos analizando, la decisión de crear una Dirección de Enfermería al mismo nivel que el resto de las Dirección, plasma la importancia que se concede a la atención de enfermería, en la estructura sanitaria.

Organizativamente se reconoce que la enfermera aporta una contribución específica e indispensable a la salud de los individuos.

Las implicaciones de este hecho para la profesionalización son múltiples, aunque destacaría por su importancia éstas:

— La enfermera como tal accede a la esfera de la toma de decisiones y aporta su propio enfoque a la resolución de problemas y a la adopción de vías de acción que encaucen el futuro del hospital.

— La gestión de los recursos de Enfermería queda en manos de las enfermeras, quienes decidimos acerca de las cuestiones que nos afectan. Se reconoce la autoridad de la Enfermería en su ámbito de actuación profesional.

— Se reconoce a la Directora de Enfermería como un miembro activo de la organización hospitalaria, con una posición real en la estructura jerárquica.

Como vemos, situaciones todas ellas que responden a anhelos y aspiraciones largamente reivindicadas por todos.

Pero además, anexa a esta cuestión fundamental de reconocimiento de nuestro status, está la aparición de una forma peculiar de pensamiento en torno a la tarea Directiva, se trata del término Dirección por objetivos.

La Dirección por objetivos, puede describirse como un procedimiento por el cual los directivos y colaboradores de una organización, identifican a un tiempo sus metas comunes, definen las principales zonas de responsabilidad de cada individuo con arreglo a los resultados que se esperan de él, y utilizan estas medidas como pautas para gobernar y fijar la contribución de cada uno de los miembros.

La Dirección por objetivos orienta la labor Directiva hacia los resultados y la responsabilidad individual, tiene indudables ventajas frente a otros modelos de Dirección; permite identificar áreas claves de efectividad y concentrarse en ellas, al suponer la aplicación de metas creadoras, promueve un incremento de la creatividad y de la capacidad de innovación de las organizaciones, incrementa la interacción y la comunicación entre individuos, es impulsora del trabajo en equipo y permite una reacción rápida ante los cambios del entorno organizacional.

¿Pero cómo va a afectar este diseño directivo al conjunto de la Enfermería hospitalaria?

En realidad son muchos y muy variados los factores que condicionan la gestión de los servicios de Enfermería, vamos a repasar alguno de ellos.

— En primer lugar el volumen de recursos que contribuyen a la existencia y mantenimiento de estos servicios. No es necesario recordar que la División de Enfermería representa entre un 45 a un 55% del personal hospitalario y suponen entre un 50 a un 55% de los costes de personal. Su contribución neta al coste hospitalario supera el 30%.

— La naturaleza de los servicios que Enfermería ofrece tiene dos vertientes:

- La función de apoyo a los cuidados médicos.
- La prestación sanitaria que puede demandarse directamente de la enfermera y que según Orem proviene de la necesidad del individuo para la acción del autocuidado, su provisión y administración de modo contínuo para garantizar el mantenimiento de la salud, la prevención de la enfermedad o la adaptación a éstas.

Esta prestación tiene una influencia alta en:

— El funcionamiento del Hospital como un todo coherente, es decir, la enfermera garantiza la coordinación interna entre los diversos servicios hospitalarios.

— La continuidad de los servicios que el hospital presta al desarrollar nuestra actividad las 24 horas del día, los 365 días al año.

— La calidad de la asistencia; en términos de:
  - impacto sobre la salud de los usuarios.
  - satisfacción de los usuarios.
  - imagen externa del Hospital.

— La existencia de diferentes grupos profesionales y dentro de ellos los procesos de cambios en los contenidos de los diferentes papeles que cada uno juega.

— La presión social para centrar un enfoque de asistencia más amplio que el puramente curativo, es decir demandas acerca de medidas de bienestar, consejo sanitario, atención de problemas individuales, atención psicológica, etc.

— Todos estos factores y alguno más que nos habremos dejado, en una situación de crisis económica, que aún a riesgo de mitificarla es indudable su poderosa influencia, y con un colectivo mayoritariamente femenino en una sociedad en la que aún subsisten condiciones opresivas de vida para la mujer.

Estos factores que en épocas pretéritas tenían una limitada influencia debido a la situación subsidiaria de los servicios de Enfermería en el hospital, adquieren una nueva dimensión como consecuencia de la adopción del modelo gerencial que hemos analizado más arriba.

Los Directivos de Enfermería se encuentran cogidos por una dicotomía difícil de resolver; por un lado deben mostrar eficiencia en términos de logros de mejora de la calidad con economía de recursos y por otro lado deben actuar como agentes de cambio, es decir, servir como elemento catalizador para encauzar un proceso de desarrollo profesional cuyos límites no están muy precisados.

Este modelo de Dirección por objetivos define cual será el criterio principal para medir el éxito de las líderes de Enfermería; su capacidad para organizar, lograr resultados y acrecentar las fuerzas impulsoras del cambio.

El reto no es nada fácil, estos dos puntos que hemos analizado (nuevo organigrama Directivo hospitalario y Dirección por objetivos) introducen el concepto de responsabilidad y rentabilidad social en los servicios de Enfermería. Las Direcciones de Enfermería de los hospitales públicos aparecen ahora como los garantes ante la comunidad de la calidad de la atención que presta la Enfermería hospitalaria, de la optimización de los recursos que ella

misma aporta y como cabeza visible del colectivo profesional y por lo tanto responsable de la modernización de sus estructuras.

Figura 2

POR LA VIA DEL CONCEPTO EFICIENCIA, EL CAMBIO EN ENFERMERIA HA DEJADO DE SER UNA OPCION PERSONAL DE CADA ENFERMERA PARA PASAR A SER UNA EXIGENCIA SOCIAL.

Y este hecho abre interrogantes acerca del grado de respuesta que como colectivo podemos dar a estas demandas.

2. EL NUEVO MODELO DE GESTION EN ENFERMERIA

A los condicionantes de caracter general ya repasados, se une a este proyecto de reforma y en términos mucho más concretos, el conjunto de dispositivos que se recogen en el epígrafe denominado nuevo Modelo de Gestión en Enfermería.

Además de los puntos ya leidos el Nuevo Modelo de Gestión de Enfermería se completa con la definición de objetivos asistenciales para Enfermería en el año 84 y que eran:

— «Clasificar a los pacientes según grado de dependencia.
— Estructurar las plantillas de Enfermería según cargas de trabajo.
— Rendimiento del personal de Enfermería por unidades del 85%.
— Cada enfermera se responsabilizará del cuidado de un número de pacientes y no de actividades en el 100%.
— Cumplimentar la hoja de observación de Enfermería en el 80%.
— Cumplimentación de las gráficas 100 por 100.
— Establecer hoja de control de pruebas 75%.
— Establecer libro de Ingresos y Altas: 100 por 100».

Es evidente que el nuevo modelo de gestión en Enfermería no es un modelo conceptual para la práctica de Enfermería, puede ser que no sea esa su función, pero analizando el conjunto de medidas que propone ¿puede hablarse de marco de referencia? o más en concreto ¿impulsan los objetivos leídos el cambio profesional? y si es así ¿cómo se vivencia este cambio?. Voy a intentar responder a estas preguntas encuadrando las declaraciones que contiene el Nuevo Modelo de Gestión de Enfermería en el marco teórico de la gestión de estos servicios.

2.1. El sistema de Asignación del Nuevo Modelo de Gestión en Enfermería.

La estructura de la organización hospitalaria queda representada por su organigrama, éste junto con los criterios utilizados para la Departamentalización y la descripción de puestos de trabajo son elementos imprescindibles para traducir los objetivos en acciones.

Estos tres elementos del diseño organizacional constituyen el eslabón entre lo abstracto y lo concreto, en sí existe una distribución por tipo de trabajo.

Mediante la asignación, Dotación y Programación se hace una diferenciación adicional de las acciones, según B.J. Stevens (THE NURSE AS EXCUTIVE), mediante estas tres frases, el trabajo se distribuye en razón a tareas específicas (responsabilidades), definiéndose el n.° de profesionales necesarios en base a los cuidados a ofrecer a los pacientes en cada unidad. El autor define cada una de ellas de la siguiente forma:

Figura 2

ASIGNACION — Es la forma de distribuir el trabajo total de la Unidad de Enfermería entre el personal.

DOTACION — Es la determinación del número y categorías de personal necesarias para cada unidad y en cada turno.

PROGRAMACION — Representa el flojo continuo en el modelo de dotación por la designación de individuos para el trabajo, por horas, días, unidades específicas, es la ejecución del plan de dotación.

El contar en la actualidad en la mayoría de los hospitales con una dotación de personal ya definida, condiciona enormemente la elección del sistema de asignación. Siguiendo con Stevens plantea que lo ideal sería seguir las siguientes fases:

Figura 3

Elección del sistema de Asignación basándose en los fines de los cuidados a los pacientes, es decir, referenciado al concepto actual:

— De la Sociedad:
  — Filosofía de la institución.
  — Filosofía del paciente.
  — Necesidad de la Comunidad.

Elección del sistema de Asignación basándose en los fines de los cuidados a los pacientes, es decir referenciado al concepto actual:

— De la sociedad:
- Filosofía de la institución.
- Filosofía del paciente.
- Necesidades de la Comunidad.

Figura 4

— De la profesión:
— Filosofía de los cuidados de Enfermería.
— Filosofía de la enfermera.

⇓

Determinación del modelo de dotación para cubrir la demanda anterior.

⇓

Programación para adaptar el plan de dotación.

Existen variadas formas de distribuir el trabajo en una unidad de enfermería, los sistemas de asignación más conocidos son los siguientes:

— Metodo de casos.
— Asignación funcional.
— Asignación por equipos.
— Asignación por enfermería primaria.

No voy a explicar aquí las características y diferencias de unos y otros modelos, para ello les remito a una excelente comunicación al V Congreso Nacional de Hospitales cuyos autores son Blanca Berlegui y Juana M.ª Senosiain y publicada en la revista «Todo Hospital» del mes de marzo de este año.

Sin embargo dentro de los objetivos del nuevo Modelo de Gestión en Enfermería aparece como meta a alcanzar la distribución de un número de pacientes a cada enfermera. Parece ser que aquí se define el sistema de asignación con caracter vinculante para toda la red hospitalaria del Insalud.

Observando las diferencias que supone esta forma de trabajar con respecto al tradicional sistema de distribución de tareas, comprobaremos su peso como elemento de transformación de la asistencia de enfermería.

Para hacer este análisis nos valdremos del esquema ya conocido pero no por ello menos útil propuesto por T. Kron, realizando algunas modificaciones.

Figura 4

TRANSFERENCIA 5

FACTOR	FUNCIONAL	PACIENTES (P.A.E.)
Asignaciones	Se divide en tareas y labores. Diferentes miembros realizan las tareas para un mismo enfermo.	La Supervisora asigna un número de pacientes a cada enfermera por criterios de idoneidad.
Entendimiento del cuidado en términos de: Las necesidades del paciente	No es posible, el cuidado se enfoca en el paciente. Los enfoques individuales son inconsistentes. Fragmentación de la relación enfermera/enfermo. Aspectos físicos.	Se enfoca al paciente como individuo único, un amplio espectro de necesidades y recursos. Se dirige a las metas del paciente y no al cuidado asistencial.
Documentación	A uno de los miembros se le asigna la anotación de datos fragmentados de varios pacientes especificados. No hay plan de cuidados, rara vez suelen estar documentados.	Cada enfermera documenta el cuidado proporcionado a cada paciente. Hay plan de cuidados individualizados como guía de la atención de enfermería.
Comunicación: Paciente y otro personal	Es difícil para el paciente identificar la enfermera responsable de su cuidado. Otro personal: Demora las respuestas.	Se identifica a la enfermera, se comparten ideas, sentimientos, problemas, etc.
Responsbilidad	Promueve y alienta la obscuridad intencionada en la distribución formal de responsabilidades (pasarse el bulto).	La enfermera es responsable de la coordinación y resultados del cuidado asistencial a sus pacientes desde el momento de su ingreso hasta que son dados de alta.
Gastos positivo	• El rendimiento es de mala calidad, debido a la fragmentación. Quejas por parte del consumidor.	• Rendimiento de alta calidad. La persona más preparada y de mayor habilidad desempeña el cuidado sobre una base continua.
	• Frustración del personal. Degradación de la imagen profesional. Incomodidad. Vías de escape (absentismo, rotación, etc.).	• Alto nivel de satisfacción. Poca rotación. Aumento de las necesidades de formación.
	• Rendimiento bajo: No hay proporción entre salario recibido y nivel de prestaciones.	• Las enfermeras realizan el trabajo por el que reciben un salario. Disminución de tiempos improductivos.

Desde el punto de vista teórico supone un cambio radical, aunque para algunos parezca una simple diferencia de vocabulario.

Este cambio en el sistema de asignación es a mi juicio una condición necesaria para progresar en la vía de ofrecer una atención de Enfermería individualizada, pero los cuidados integrales requieren de otros muchos componentes para poder llegar a ser una realidad, citando a Eveling Adams «El cambio efectuado será menor o mayor para cada enfermera pero, adoptando un modelo conceptual específico será siempre un cambio planificado y deliberado».

El sistema de asignación por pacientes puede ser un estímulo porque la enfermera comienza como dice Orem a, «pensar en términos de enfermería» a ver y conceptualizar la situación en un caso específico de Enfermería y que como hemos comprobado es distinto de ver la profesión como un conjunto de tareas standarizadas.

Como dice la misma autora «el papel de la enfermera en relación con los pacientes está saliendo ahora de la obscuridad impuesta por un excesivo énfasis en la relación entre el médico y la enfermera y entre ésta y la institución que la emplea.

Que la asignación por pacientes no quede vacía de contenido depende del interés y la preocupación de las enfermeras por la formalización de los procesos y tecnologías de la práctica de Enfermería. Serán estos principios, teóricos y reglas de Enfermería las que ayudarán a encontrar una significación de Enfermería a los acontecimientos y hechos de la práctica cotidiana de la profesión.

2.2. EL NUEVO MODELO DE GESTION EN ENFERMERIA Y LA DOTACION DE RECURSOS

Dentro de esta combinación de objetivos, recomendaciones y declaraciones de intención que supone el Nuevo Modelo de gestión, está un apartado en íntima conexión con el sistema de asignación, se trata de la Gestión cuantitativa de recursos, o lo que es lo mismo y como hemos visto antes la determinación de la cantidad de personal necesario para cubrir el sistema asignación.

Incluso un aspecto tan técnico como este puede ser analizado desde la perspectiva de su aportación o no, a las nuevas orientaciones en la prestación de los cuidados.

Vamos a hacerlo.

La individualización de los cuidados, objetivo definido implícitamente en el Nuevo Modelo de Gestión, puede quedar convertida en un castillo de naipes si la unidad de cuidados no cuenta con el personal suficiente.

Con los sistemas actuales de dotación que giran básicamente sobre informes de carácter subjetivo de las supervisoras de unidad, las necesidades de los pacientes no se tienen en cuenta.

En épocas como la actual de austeridad presupuestaria «el gestor que no dispone de un sistema de medición objetivo está condenado a trabajar con re-

Para la misma autora estos sitemas tienen muchas utilidades:

— Nos van a permitir proyectar el presupuesto de enfermería basado en la carga de trabajo de la unidad.
— Ayudan a la toma de decisiones en cuando al personal de refuerzo, esto al menos se hace sobre una base objetiva.
— permiten el control y distribución de las admisiones basado en los índices de carga de trabajo.
— Establecer un sistema de precios del Hospital basado en el total de los servicios de Enfermería prestados, es decir desglosar la contribución de Enfermería al coste por pacientes.
— Permiten comparaciones entre las unidades de cuidados, entre períodos concretos y por lo tanto ayudan a mantener el principio de equidad en la distribución de los recursos de Enfermería.
— Mediante el estudio de la demanda permiten proyecciones de esta en base al análisis de las tendencias históricas y facilita los procesos de decisión temporales (corto, medio y largo plazo).
— Son un buen parámetro para medir la eficiencia de las enfermeras ejecutivas.

Pero lo que es más importante es que mediante un eficaz sistema de clasificación de Pacientes el centro básico de informaciones para la dotación de personal lo constituyen las necesidades de los pacientes.

Al contrario que en los sistemas de dotación estáticos no es la unidad en la que se encuentra el paciente la que decide los recursos que le serán asignados para sus cuidados, si no las necesidades de los pacientes las que deciden los recursos de personal con los que contará la unidad de Enfermería.

A partir de estas circunstancias estamos en condiciones de equilibrar las necesidades de los pacientes con los recursos de Enfermería disponibles.

El sistema de clasificación de pacientes propuesto en el Nuevo Modelo de Gestión es una «tentativa de individualización de la gestión cuantitativa de recursos» (C. Tilquin) y por lo tanto un soporte eficaz para el proceso de cambio iniciado en la asignación por pacientes.

Un sistema de clasificación de Pacientes gestionado eficazmente puede ser además un elemento educativo en la reorientación profesional de las enfermeras.

Si es utilizado frecuentemente, y debe serlo si queremos que las informaciones sean fiables, por la enfermera asistencial, este puede servir como guía para que las fases de análisis de necesidades e identificación de problemas se realicen de una forma sistemática a todos los pacientes. Un sistema de clasificación de pacientes cuya cumplimentación corre a cargo de la enfermera asistencial es, por último, un estímulo para que la enfermera centre su interés en el enfermo y revalorice los cuidados de enfermería como núcleo de su actividad y de su esfuerzo.

EL NUEVO MODELO DE GESTION Y EL CAMBIO

Estas breves pinceladas a los aspectos más relevantes del nuevo modelo de gestión evidencian hasta donde puede resultar complejo y fustrante reflexionar en tan breve espacio de tiempo sobre un acontecimiento de la magnitud del que estamos abordando.

Recordaré con cierto grado de insistencia, que van a quedar ajenos a esta charla temas de la envergadura de, por ejemplo, el Plan de humanización de la asistencia donde podríamos investigar acerca de la aportación de la individualización de los cuidados a este programa, o de un tema tan cercano para mí como es el de la Documentación de Enfermería y su potencialidad como instrumento de transformación de los cuidados, o también, y por que no, de la introducción del control de calidad donde nos podríamos haber extendido sobre la contribución de esta metodología al mejoramiento de las prestaciones de Enfermería, etc.

No obstante confío en que en el coloquio posterior podamos profundizar y analizar aún más aquellas facetas que más les interesan.

La reforma sanitaria, no lo duden, va a promover, lo está haciendo ya, modificaciones profundas en el devenir de la Enfermería como profesión.

Nuestra profesión está quemando estapas con muchos años de retraso con respecto a los países de nuestro entorno más cercano, y lo está haciendo en condiciones sociales muy diferentes a ellos.

Mientras en los países cuya Enfermería ha avanzado más en el camino de su profesionalización, esta se gestaba en condiciones de desarrollo económico, la Enfermería española lo hace en un contexto de crisis económica. Quizá sea esta una de las razones más importantes para la aceleración que ha sufrido el proceso de reconocimiento de autonomía administrativa en los hospitales de la red pública, y también quizá su mayor peligro.

No olvidemos que la administración de los servicios de Enfermería es la administración de la práctica de Enfermería y sería igualmente negativo, desde la perspectiva de nuestro reconocimiento social, que la gestión no fuese exitosa en cualesquiera de sus aspectos a los que ya me he referido anteriormente:

— logros de mejora de la calidad con economía de recursos,

— modificación en la estructura de la prestación de cuidados de Enfermería.

El riesgo a que me refería es que se conceptualice la gestión de los servicios de Enfermería como un fin y no como un medio.

El poder que se nos otorga por la vía del reconocimiento de nuestra especifidad y el control de los recursos más numerosos del hospital debe ser transformador, debe ponerse a disposición de las enfermeras para que estas sean

capaces de ofrecer cuidados que liberen a los individuos de las trabas que les hacen ser dependientes de nosotros en determinados momentos de su existencia. Solo así toda esta batería de disposiciones que he comentado alcanzarán su pleno significado. Sólo así la comunidad alcanzará a comprender la necesidad de nuestros servicios y los demandará.

Si por el contrario, utilizamos este poder como mecanismo de autojustificación, basado en aspectos cuantitativos y presionando gracias a vuestra privilegiada posición en el sistema sanitario, estaremos consiguiendo lo que el dicho popular refleja tan acertadamente, Pan para hoy y hambre para mañana, es decir en términos más técnicos, estaremos consiguiendo una autonomía puramente formal al margen de los procesos históricos y sociales que tan profundamente están revolucionando el campo de la atención a la salud.

Porque no olvidemos que son los desarrollos tecnolgico y sociales los que definen las necesidades de la comunidad y determinan las vías para satisfacerlas. Las presiones de grupo o de clase pueden posponer pero nunca evitar un proceso irreversible de selección social.

Frente a ello debemos profundizar en el contenido autónomo de los cuidados y la gestión de los servicios de Enfermería deben favorecer este camino. Los directivos de Enfermería no pueden, no podemos, olvidar que la esencia de nuestra función es la planificación y evaluación de la práctica de Enfermería, que aunque el directivo de enfermería no presta cuidados directamente, sí asume una responsabilidad, diferente a la de la enfermera asistencial, sobre estos cuidados.

El trabajo del directivo de Enfermería se desarrolla en términos de los subsistemas que componen el sistema Hospital y en sus estructuras, pues bien ha de hacer una ordenación de las mismas de forma que faciliten el progreso de la enfermera hacia unos cuidados de calidad.

El Nuevo Modelo de Gestión y las disposiciones legales que materializan la reforma hospitalaria, abren una vía de especialización para las enfermeras, la gestión, socialmente retribuida en contraposición con los cuidados básicos de Enfermería todavía no recompensados.

El riesgo como dice M.F. Colliere es «que se revalorice la gestión en detrimento de los cuidados que contribuyen a las necesidades de los individuos, que no se reconozca su valor, y no se permite desarrollar una correcta competencia, los cuidados de Enfermería seguirán siendo subdesarrollados y permanecerán desconectados de las personas a las que van dirigidos».

Así en el futuro, puede que ya, es posible que nos encontremos con dos tipos de Enfermería:

— Una que ha hecho de la gestión carrera y ha logrado un alto grado de perfeccionamiento en ese campo.

— Otra asistencial, estancada en sus conocimientos, y que no ve compensada su labor.

Este hecho puede significar que las enfermeras que mejor cuidan, reconocidas por su habilidad, experiencia y formación en la práctica clínica de la Enfermería, sientan la tentación de escalar en la organización y sean alentadas a ello. Si la gestión entonces no se orienta correctamente el hospital habrá ganado una administrativa más, pero Enfermería habrá perdido un lider de la vanguardia profesional.

Si no queremos que esto ocurra la profesión está obligada a ofrecer vias de desarrollo y maduración para las enfermeras que deseen especializarse en el terreno de los cuidados básicos de Enfermería. Desde el punto de vista organizativo alentando programas de promoción porque las enfermeras que mejor desempeñen esta función puedan llevar adelante investigaciones en este campo y desde la perspectiva teórica tomando conciencia de la necesidad de crear alternativas para que las enfermeras que deseen profundizar en la Enfermería básica puedan hacerlo con el reconocimiento académico adecuado.

Sólo así la estructura innovadora que hoy se nos ofrece «puede ayudarnos a salir de la marginación y movernos hacia un perfeccionamiento constante que nos lleve a ser una profesión con plena identidad, reconocida y respetada» (F. Moreu).

Mejor gestionar para mejor cuidar podría ser la frase que resume lo que debe ser a mi juicio, la filosofía que impulse el cambio. Pero tan importante como esta orientación lo es la forma como se conduzca este cambio.

Nosotros sabemos por propia experiencia, por nuestro aprendizaje colectivo, que la única certeza dentro de la sociedad en que vivimos es que todo cambia, las medidas por ejemplo que he estado analizando representan un cambio con respecto a situaciones pasadas, de ahí que considere como de la máxima importancia en el rol del directivo de Enfermería la función de auspiciar y dirigir el cambio y de ahí tambien la necesidad de disponer de unas pautas, normas o más precisamente de un modelo elemental de cambio en Enfermería.

El cambio en Enfermería no es tan solo las variaciones en las normas que regulan la práctica asistencial, es fundamentalmente la alteración de las pautas de conducta de la mayoría de los profesionales.

Como plantea Kurt Lewin es «ante todo un proceso de influencia que persigue la modificación de conductas y actitudes» y en un análisis de una gran cantidad de cambios que se han desarrollado con éxito podemos aplicar a Enfermería el modelo de cambio propuesto por el mismo autor y que muy esquemáticamente se resume en tres fases:

1.ª Descongelar el sistema de Enfermería tradicional que opera según el patrón ya analizado. Para facilitar este proceso es necesario que se den algunas condiciones de partida:

— Debe existir tensión interna es decir una «necesidad sentida de cambio», esta tensión no es de manera habitual, sentida uniformemente por todo el mundo. Seguro que todos recordaremos aquel accidente

concreto en una unidad cualquiera que provocó la crisis, y también recordaremos como a partir de esa crisis los cambios en la conducta de las personas fueron más sencillos. «El análisis de esas tensiones, el reconocimiento de su calidad intrínseca y la búsqueda de como compensarlas permitirá reconsiderar los factores que convierten a los cuidados en alienantes» (M.F. Colliere).

— Las personas que influyen en el cambio deben estar revestidas de autoridad y prestigio, las propuestas vehiculizadas insitucionalmente y con soluciones de calidad, son unos requisitro previos para que las personas tengan confianza en sus dirigentes.

2.ª La segunda fase consiste en pasar a un patrón nuevo para Enfermería. La práctica de Enfermería como hemos dicho debe estar basado en un modelo de Enfermería claro y preciso. El nuevo patrón saldrá de construir una representación mental de la Enfermería detallada y concisa precisando lo que ahora es vago y ambiguo.

Le ejecución del modelo, profundizando en el contenido profesional autónomo, para lo cual existe una abundante bibliografía, evitará que el cambio se vivencie como una búsqueda de responsabilidades individuales y evitará rechazos.

Un subproceso a tener en cuenta en esta fase consiste en la conversión de metas generalizadas a metas específicas mediante una eficaz definición de objetivos y la elección de una estrategia adecuada.

3.ª La tercera y última frase consiste en Recongelar el sistema según el nuevo patrón.

La fuerza del cambio se origina fuera de los individuos a influir, los cambios duraderos se producen cuando el motivo externo para el cambio se pasa a un motivo interno, cuando los individuos hacen suyas las razones del cambio.

La internalización del cambio en Enfermería se producirá cuando las enfermeras asistenciales encuentren compensaciónes intrínsecas a las nuevas conductas, y no hay mejor compensación para un profesional que el reconocimiento de su propio mérito.

El valor que asienta el cambio será la comprobación de que a través de los nuevos patrones las personas identifican nuestros servicios y los solicitan. Esta circunstancia reforzará nuestros principios y creencias profesionales incrementando la autoestimación.

Por último reseñaré que el abandono de seculares patrones de conductas en la Enfermería es un proceso que necesita de medidas enérgicas, de decisiones audaces, pero al mismo tiempo es un proceso lento que requiere ser conducido con grandes dosis de sensibilidad y sentido práctico. La palabra clave en todo ello es la participación, una participación consciente y deliberada es la condición para lograr un compromiso que asegure el progreso. Una participación basada en el reconocimiento y el respeto a las capacidades de todo el per-

sonal cuidador, ellos son y no los directivos los que van a fijar el listón, el nivel de exigencia a partir del cual se definirá el grado de reconocimiento social.

BIBLIOGRAFIA

Libros

NUEVO MODELO DE GESTION HOSPITALARIA
MInisterio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud. Abril, 1984.

LA DIRECCION POR OBJETIVOS
George S. Ordine. Ed. Labor, S. A.

GESTION DINAMICA
P. F. Drucker. Ed. Hispano Europea, S. A.

THE NURSE AS EXCUTIVE
B. J. STEVENS. Wakefield. Mass. Contemporang Publishing. Jul. 1975.

LIDERAZGO Y ADMINISTRACION EN ENFERMERIA
T. Krom. Ed. Interamericana.

¿HACIA DONDE VA LA ENFERMERIA?
Evelyn Adan. Ed. Interamericana.

NORMAS PRACTICAS EN ENFERMERIA
Dorotea Orem. Ed. Piámide.

PRN 80. La norme du niveau des soins infirmers requis
C. Tilquin, D. Saulnier, P. Lambert, J. Carle, Eros. Universidad de Montreal. Abril, 1981.

«GROUP DECISION AND SOCIAL CHANGE». Lewin, Kurt.
Readings in social Psychology. New York: Holt Rinehart & Winston Inc. 1958.

Revistas

DIRECCION DE ENFERMERIA. Perspectiva histórica y encrucijada actual.
Carmen Netzel Riero. Revista Rol de enfermería. N.° 53, págs. 11-16, 1982.

REFLEXION SOBRE EL SERVICIO DE ENFERMERIA, CONTRIBUCION A LA IDENTIFICACION DEL SERVICIO OFRECIDO
M. F. Colliere. Revista Rol. N.° 30, págs. 6-14, 1981.

¿HACIA DONDE VA LA ENFERMERIA?
Francisco Moreu Orobitg. Revista Rol. N.° 51, págs. 49-54, 1982.

SISTEMAS DE CLASIFICACION DE PACIENTES. EL IDEAL EN CONTRASTE CON LA REALIDAD
Ruth Rosenthal. Alward. The Journal of Nursing Administration. Febrero, 1983.

EL P.A.E., UN CONCEPTO, UNA IDEOLOGIA, UNA REALIDAD
Carmen de la Cuesta. Nueva Enfermería. N.° 6.

LA REFORMA DE LA ENFERMERIA ESPAÑOLA. PUNTOS BASICOS DE REFERENCIA
Juan F. Hernández Yáñez, Margarita Baeza Fernández. No publicado.

4.ª PONENCIA

LA ENFERMERIA EN EL SECTOR PRIVADO

Elaborada y presentada por
Sor Encarnación Orden Mascuñan
Hija de la Caridad.
Secretaría General de la FERS.

OBJETIVO

INTRODUCCION

Tres líneas clave marcan mi ponencia:

1.° Dar a conocer en el hoy lo que creo que supone el colectivo «monjas» en el campo sanitario.

2.° Descubrir la influencia del Cristianismo en todos nuestros predecesores, incluída la propia Florence Nightingale.

3.° Compartir con vosotros el mismo estilo social en el que nos sentimos insertas, optando de forma definida —como religiosas— por los enfermos.

Seguiré un breve esquema:

a) Justificación.

b) Acercamiento o aproximación al tema.

c) Influencia del Cristianismo en la Enfermería: Cómo lee y cómo interpreta en su tiempo este mensaje cristiano Florente Nightingale.

d) Papel, situación y perspectivas de las Religiosas Sanitarias.

e) Conclusión.

LA ENFERMERIA EN EL SECTOR PRIVADO

JUSTIFICACION. Por imperativos del propio título de mi ponencia, me veo obligada a decir, en primer lugar, antes de hacer ningún tipo de aportación a este foro, QUE NO VOY A HABLAR DE LA ENFERMERIA EN EL SECTOR PRIVADO .

Esta aclaración es posible que haga respirar profundamente a unos y sentir fustradas las espectativas de otros. en cualquier caso, he de decir sencillamente que no puede pretender ser representativa de la Enfermería en el sector privado, como enseguida trataré de argumentar.

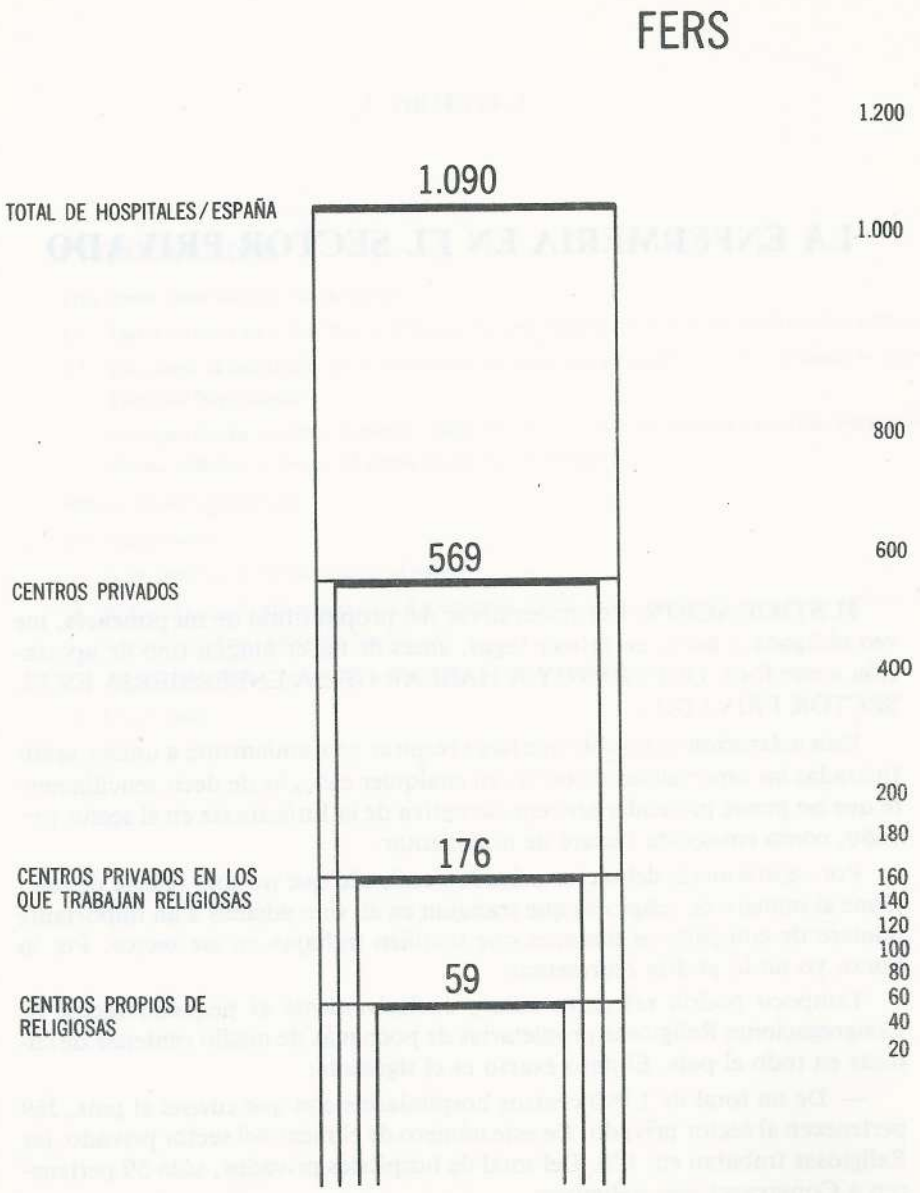
Por «Enfermería del sector privado» entiendo que no sólo habría de referirme al número de religiosas que trabajan en él, sino además a un importante número de compañeros nuestros que también trabajan en ése sector. Por lo tanto, yo no lo podría representar.

Tampoco podría referirme sola y exclusivamente al pequeño sector de Congregaciones Religiosas propietarias de poco más de medio centenar de clínicas en todo el país. El dato exacto es el siguiente:

— De un total de 1.090 centros hospitalarios con que cuenta el país, 569 pertenecen al sector privado. De este número de clínicas del sector privado, las Religiosas trabajan en 176. Del total de hospitales privados, sólo 59 pertenecen a Congregaciones Religiosas.

GRAFICO ELABORADO PARA LAS VI JORNADAS DE LA AEED.

DICIEMBRE 1985



Así pues, cuando la AEED pidió mi colaboración, enseguida supo lo que ahora he hecho extensivo a todos Vds. No obstante insistieron en la necesidad de nuestra aportación, que también consideré oportuna, toda vez que, si no somos la «Enfermería del sector privado», si que somos un sector, vamos a llamarle «especial», dentro de la Enfermería, y la palabra «especial» aquí, es una forma de decir diferente, sin que diferente, esté marcando mayor o menor calidad, ni ningún tipo de atributo. También enseguida comprenderemos esta diferencia. Y digo que es oportuno hablar aquí de este grupo humano que somos las religiosas sanitarias, si se tiene en cuenta que de cada 100 profesionales, 7 son religiosas.

Por otra parte, y con esto terminaría la justificación de mi ponencia, entiendo que encaja perfectamente dentro del Objetivo de las Jornadas que es el de «ESTUDIAR Y DISCUTIR EL PAPEL, SITUACION Y PERSPECTIVAS DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DENTRO DE LAS ACTUALES LINEAS DE SALUD» puesto que voy a tratar de presentarles a Vds. este grupo humano, igual a todos los demás, en tanto que personas, distinto en razón de su opción. Pero que tienen un papel, una situación y unas perspectivas concretas como personal de Enfermería dentro de las actuales líneas del sistema de salud.

I. ACERCAMIENTO AL TEMA. Soy consciente de que me dirijo a un grupo humano selecto, pues selectas tienen que ser las personas que se dediquen a una profesión tan profundamente humanitaria como es la Enfermería.

Desde ahí sé que estamos aquí personas con capacidad de aceptar que exista un grupo, dentro de la Enfermería, que haga «profesión de su profesión», permitidme la redundancia. Sé positivamente que en la sala hay personas creyentes y no creyentes, políticas y apolíticas. Pero pediría a todos que pusiéramos el listón por encima de nuestras inclinaciones políticas y religiosas y tratáramos de situarnos en un plano que nos es común: El individuo, sano o enfermo, la comunidad sana o enferma, a los que, en uno u otro caso, educamos o cuidamos respectivamente. EN TODO CASO, estamos entregando lo mejor de nuestras vidas en pro de la humanidad.

Admitido este sencillo principio, me atrevería a ir dando pasos de la mano de cada uno de Vds. y entrar en ese mundo, a veces polémico, a veces incomprendido, a veces rechazado, a veces temido, a veces «se pasa» de él... un mundo que le llaman «LAS MONJAS».

¿Qué es una religiosa? Permítanme que haga una precisión que debe ser válida para todo el tiempo de mi ponencia. Hablaré sólo del sector femenino, no sólo porque es muy numeroso sobre el masculino, sino sencillamente porque la Federación que represento es exclusivamente femenina y es lo que conozco. Desde vuestra cultura sabéis que, entre los religiosos sanitarios hay fundamentalmente dos congregaciones de solera y a las que mucho le debe la Enfermería, Los Hnos. de S. Juan de Dios y los Camilos.

Bien, nos volvemos a preguntar qué es una religiosa. Obviamente tengo que decir que, ante todo, es una persona, hijá de su tiempo, fruto de un ambiente, de una cultura concretas. Es una mujer, cuyos logros, lo mismo que los fracasos, vienen dados por ser persona y no propiamente por la religión que practica, aunque digamos que ésta le ayuda. Su papel no es absoluto, sino que está inserta en una sociedad concreta y a la que no se le debe exigir más que a cualquier otra persona. Sencillamente se trata de tener un talante, mejor aún, un tipo de elección diferente.

Es persona, es mujer creyente, cuya fe la lleva a hacer una opción radial por Cristo y a El le entrega, no sólo lo que tiene, sino lo que pudiera tener: Esposo, hijos, casa, prestigio, dinero, etc. Y esa donación a Dios se convierte en don útil para la humanidad porque dedica su vida entera, día a día, a estar junto a los más débiles, los que sufren, los que están sólos, los marginados, los ancianos, los niños, los enfermos, etc.

Su ideal de vida lo comparte con otras mujeres, formando así las comunidades religiosas, que son el lugar de encuentro en que se fortalece dicho ideal.

En el respeto más profundo a las personas, todos tenemos derecho a tomar el estado al cual cada uno ha sentido inclinación. Y ningún estado es más perfecto que otro. El matrimonio, la vida consagrada, la soltería, todos exigen fidelidad al plan de Dios sobre cada hombre, y en cualquier estado nos realizamos, si el amor es la tónica de nuestras vidas.

II. INFLUENCIA DEL CRISTIANISMO EN LA ENFERMERIA. Os invitaría a pasar por encima de todas las historias personales y a quedarnos con la historia. Y la historia es la que es, incuestionable, imborrable, insobornable (así nos lo recordaba también hace unos días la Presidenta del CIE, Nely GARZON). A menudo me pregunto si cuando queremos negar la historia no estamos negando nuestra propia historia. Halfdan MAHLER Director de la OMS ha dicho recientemente que «para llevar a la práctica la atención primaria lo que hace verdaderamente falta es amar al prójimo», y no un amor con sentido de ñoñería, sino con capacidad de promover los derechos humanos, porque el amor tiene que transformar las situaciones, o no es amor...

Ha dicho también que considera que «las enfermeras, por su misma vocación, deben sentir justamente esa clase de amor» ¿por qué nos cuesta tanto reconocer la influencia cristiana en este sentido, hasta el punto de negarla a veces? ¿sólo por el hecho de tratarse del cristianismo?. Entonces pudiera estar la raíz en una falta de cultura, toda vez que es necesario tener en cuenta que, de haber existido algo más que el cristianismo, también esas disciplinas hubieran marcado su pauta. No es que no existieran ciertamente, sino que quizá no fueron explotadas o no eran significativas. El cristianismo era fruto de unas circunstancias de ambiente social concreto, cuya revolución consistió en romper con el poder y procurar una ayuda básica al necesitado.

Todos los profesionales de Enfermería hemos leído una o muchas veces la historia de nuestra profesión. La tentación a veces ha sido la de pasar rápida-

mente sus páginas para llegar a 1820, fecha en que nace nuestra singular compañera Florencia NIGHTINGALE. Parece como si hasta entonces todo hubiera sido una horrible pesadilla que queremos sacudir. Y yo me pregunto muchas veces ¿qué hubiera reformado FN si no hubiera existido cuanto existía?.

Y me pregunto también ¿es que no fué revolución, auténtica reforma social y de la Enfermería, la iniciada por Vicente de Paul, fundador de las Hijas de la Caridad, la de Camilo de Lelis, la de Juan de Dios? ¿no fué reforma la llevada a cabo por Hildegarda en el siglo XII en Alemania, cuya influencia, no sólo en la Enfermería, sino en la Medicina, aventajó a muchos hombres de su época? ¿no fué revolución, reforma de la Enfermería la que hiciera Catalina de Siena en la Baja Edad Media, dedicada voluntariamente tanto a la Enfermería hospitalaria como a la domiciliaria? ¿y Francisco de Asís? Isabel de Hungría? Fabiola? Marcela y Paula de Monte Aventino? y el propio Jesús de Nazareth?. El marca la pauta, todos los demás van a ser sus seguidores. El fué realmente el gran revolucionario que después iba a seducir a tantas personas, incluída la propia FN...

Esto no quiere decir que antes de Xto. no se cuidara a los enfermos, quiere decir que El marcó un talante en la forma de servir.

Sobrevolando de nuevo los hombres, a la inversa, llegamos de nuevo a FN para detenernos unos momentos en su vida:

Florence Nighingale nació en Florencia (Italia), en Villa Colombaia, cerca de Porta Romana, el 20 de mayo de 1820. Pertenecían los Ninghtingale a una familia pudiente de elevada posición social y alcurnia, ambiente en el cual Florence creció y se educó.

Su educación estuvo a cargo de su gobernanta y de su padre, quien le enseñaba griego, latín, matemáticas y ciencias. Esto contribuyó a que la amistad entre padre e hija fuera más estrecha.

Se la describe seria, sensitiva, más bien callada y soñadora y en sus primeras cartas se nota una tendencia a la introspección.

A la edad de 17 años viajó por Francia, Italia y Suiza con el objeto de completar su educación, y allí tuvo oportunidad de frecuentar, dada su posición social, los salones más aristocráticos y refinados, sin que ello la atrajera; su principal interés y preocupación fueron conocer las instituciones de caridad y la condición social de los paises que visitaba. Su cultura era muy superior a la de las jóvenes de su tiempo, y esto significó mucho para la gran reforma que realizaría luego en su propio país y que se extendería rápidamente a otros.

Anotaba sus observaciones diariamente y comparaba los hospitales franceses, que estaban bajo la vigilancia de las Hermanas de la Caridad, con los de Inglaterra llegando a convencerse de la necesidad de organizar en su país algo semejante. En este viaje tuvo oportunidad de conocer y entablar amistad con Mary Clarke y frecuentar su afamado salón literario. Pero nada la atrajo esencialmente: Su juventud fué un largo y penoso conflicto interior en busca de su vocación y de la manera de satisfacerla.

A su regreso a Londres, época en que su hermana llevaba una vida social brillante, sintió un profundo vacío en su vida, y le escribió a Mary Clarke: «Me preguntáis por qué no escribo algo; creo que es mejor que no exista algo que no sea de primera calidad, y además prefería tanto vivir...! Los sentimientos se diluyen en palabras; deberían destilarse todos los actos que produzcan resultados...»

Florence se interesaba por la Política y por la gente, pero las instituciones caritativas la intrigaban extraordinariamente, su preocupación era enterarse, pues le había entrado la convicción de que algún día Dios la llamaría a realizar para El una labor de misericordia, y tenía que estar lista para cuando llegara la hora.

En la redacción de su diario, al escribir sus actividades diarias, recordaba las condiciones deficientes de Enfermería en los Hospitales y la necesidad para Inglaterra, de Hermanas de la Caridad de San Vicente de Paul. La Enfermería era la labor que más le gustaba realizar. Sería enfermera.

De este modo, su vocación la llevó poco a poco a comprender que lo único que le llamaba la atención en su vida era el cuidado de los enfermos. En 1845, aprendió el oficio de enfermera en el Hospital de Salisbury, impulsada por la más grande, la más noble y la razón que sería el norte de su vida, constituida por su convicción de que no bastaba la habilidad del médico para salvar a los enfermos, sino que era necesaria la cooperación activa e inteligente de la enfermera.

En 1847 su situación familiar la impulsa a realizar un viaje a Roma, donde pasó una temporada con su amiga Mis Brackebridge. Allí sintió la influencia religiosa de la época, hasta tal punto que decidió estudiar la doctrina católica, y dada la gran amistad que la unía con la Madre Santa Colomba, hizo un retiro de 10 días en el Convento della Trinitá dei Monti. Las enseñanzas y conversaciones con esta religiosa sobre todo en lo referente a la formación de las novicias, le fueron de gran utilidad cuando organizó la disciplina de su propia escuela.

Vinculada con las hermanas de San Vicente de Paul, en 1849 realizó en compañía de éstas un viaje a Egipto, dedicándose al estudio de las cofradías religiosas, a la vez que visitaba las aldeas para cerciorarse de cómo vivía la gente pobre.

De vuelta a su patria, concretada su personalidad y decidida su vocación, consiguió la autorización de sus padres para realizar estudios en la Escuela de las Diaconisas de Kaiserswerth, que dirigía el pastor Fliedner, reconocida por los elevados ideales y de gran prestigio. Tenía entonces 31 años.

Florence pasó allí tres meses, y ése fué el primer periodo verdaderamente feliz de su vida. Apreciaba extraordinariamente la vida activa y útil que tanto soñara y que comenzaba a ser una realidad. En una carta a su madre escrita por estas fechas le decía: «Esto es vida; ahora se lo que es vivir y amar la vida».

Realizó posteriormente otros viajes: A Atenas, cuya historia le era conocida a través de las lecciones de su padre. En 1853 viajó de nuevo a París, pero en esta oportunidad estudió la organización de hospitales y logró entrar en la Maison de la Providence de las Hermanas de la Caridad, donde adquirió y amplió nuevos conocimientos sobre el cuidado de los enfermos. Visitó también la Asistencia Pública, donde recogió datos, informes estadísticos, que fué archivando de forma ordenada, según su costumbre.

En 1854 estalló la Guerra de Crimea, entre Rusia y Turqía, conflicto en el que más tarde participaron Francia e Inglaterra. En poco tiempo los periodicos se llenaron de quejas acerca de la negligencia en que se dejaba a los soldados ingleses heridos, algo que no sucedía en Francia, donde las Hermanas de la Caridad se ocupan asiduamente de ellos, y en Rusia eran atendidos por las Hermanas de la Merced. «¿Cómo es que no tenemos Hermanas de la Caridad?» Preguntaban en el London Times...

Hasta esta fecha no existía precedente alguno de que mujeres no pertenecientes a órdenes religiosas actuaran como enfermeras en el campo de batalla.

El entonces Ministro de Guerra Inglés, Sidney Herbert, que conoció a Florence durante su estancia en Roma, en 1847, pensó que ella era la única persona de su país capaz de organizar y dirigir una empresa de auxilio de este tipo, y ello le animó a pedir esta colaboración.

Florence consiguió reunir de inmediato diez hermanas católicas, ocho anglicanas, seis enfermeras de la casa de San Juan y catorce enfermeas de distintos hospitales, y al frente de este grupo de 38 mujeres partió de Londres el 21 de octubre de 1854 llevando la bendición del pueblo que durante muchos años había censurado la idea de emplear mujeres en los servicios británicos de Sanidad.

Con la llegada de estas enfermeras, el cambio que se produjo en los hospitales fue tan notable, que en poco tiempo la mortalidad disminuyó del 40 al 2%, pues eran más los que morían por desatención que como conseuencia de sus heridas. El grupo va creciendo y reforzándose poco a poco.

En esta época se convirtió en heroína popular. Su obra fué inmensa y su mejor elogio cabe en la simple frase de un soldado que dijo: «Antes de venir ella todo era maldecir, blasfemar; después todo era sagrado como en una Iglesia».

Sus fuerzas se multiplicaron para responder a la labor inmensa que hubo que realizar: La falta de ropa, la desorganización de la cocina y la lavandería, la falta de voluntad e incomprensión de los ayudantes, la incapacidad de algunas de las enfermeras reclutadas. Nada fué fácil y sólo su voluntad y su heroísmo pudieron obtener los resultados extraordinarios que en pocos meses hicieron cambiar el panorama militar del frente de Crimea.

Esta fue una prueba de fuego para Florence, que reveló más que nunca su infinita bondad, su capacidad de trabajo y organización y los resultados de su

constante observación y sabia crítica de lo que se hacía hasta esa fecha en los servicio hospitalarios.

De todo se ocupaba, e inclusive luchando contra la oposición de los militares que eran rutinarios, instaló un departamento de giros para recibir el dinero de los soldados que quisieran enviarlo a sus familiares. Antes de haber transcurrido seis meses los hijos de los soldados ingleses habían recibido 70.000 libras, dinero que según expresó ella misma, fué «rescatado de las tabernas». Estableció una cantina con salón de lectura y clases de música, dibujo, etc., con lo cual disminuyó casi inmediatamente la ebriedad entre las tropas que asiduamente frecuentaban las tabernas.

Toda vez que hasta allí el ejército no había contado con el servicio de enfermeras femeninas, éstas no tenían posición alguna definida en su organización, y la posición definida es algo sagrado para los militares. Con poco auxilio por parte de la tradición hubo que crear e implantar un método de disciplina adecuado a las circunstancias. Inclusive bajo la ventaja de la facultad de dirección aceptada, esto no resulta fácil con mujeres de diversa extracción social, de educación diferente y creencias religiosas distintas, en un tiempo en que la gente era muy sensible a las diferencias de clase y a las barreras sectarias y estaba muy empeñada en conservarlas.

Esta fue en realidad la primera tarea de Florence Nightingale en la dirección de la Enfermería. Sus propias ideas amplias le impedían hacer distinciones entre sectas o iglesias, y sólo pedía que las mujeres trabajaran juntas en una «fraternidad común de amor a Dios y al ser humano».

!Qué bueno sería, llegado este momento, que cada uno expresara cual es su conclusión. Permitidme que os comunique la mía, ya que tengo en estos momentos la oportunidad de ello.

— Es clara la influencia del cristianismo en Florence Nightingale a lo largo de toda su vida, y por lo tanto a la hora de tomar su decisión respecto de su vocación.

— Es altamente sensible a las necesidades de los hombres de su tiempo, sobre todo de las de los enfermos. Es igualmente sensible en reconocer los recursos existentes y de los que no tiene reparo en «copiar» para ser innovados en Inglaterra.

— Siente que tiene que liberarse, y se libera, de todo aquello que le va a impedir prestar un mejor servicio a los enfermos. Opta, por tanto, por quedarse soltera.

— Rompe con las estructuras de su tiempo respecto de las funciones de la mujer y la sitúa en pleno desempeño de una labor con repercusiones sociales considerables.

— FN concibe una enfermería exenta de todo materialismo, como una auténtica llamada a servir y a gastar su vida por un verdadero ideal humanitario y cristiano.

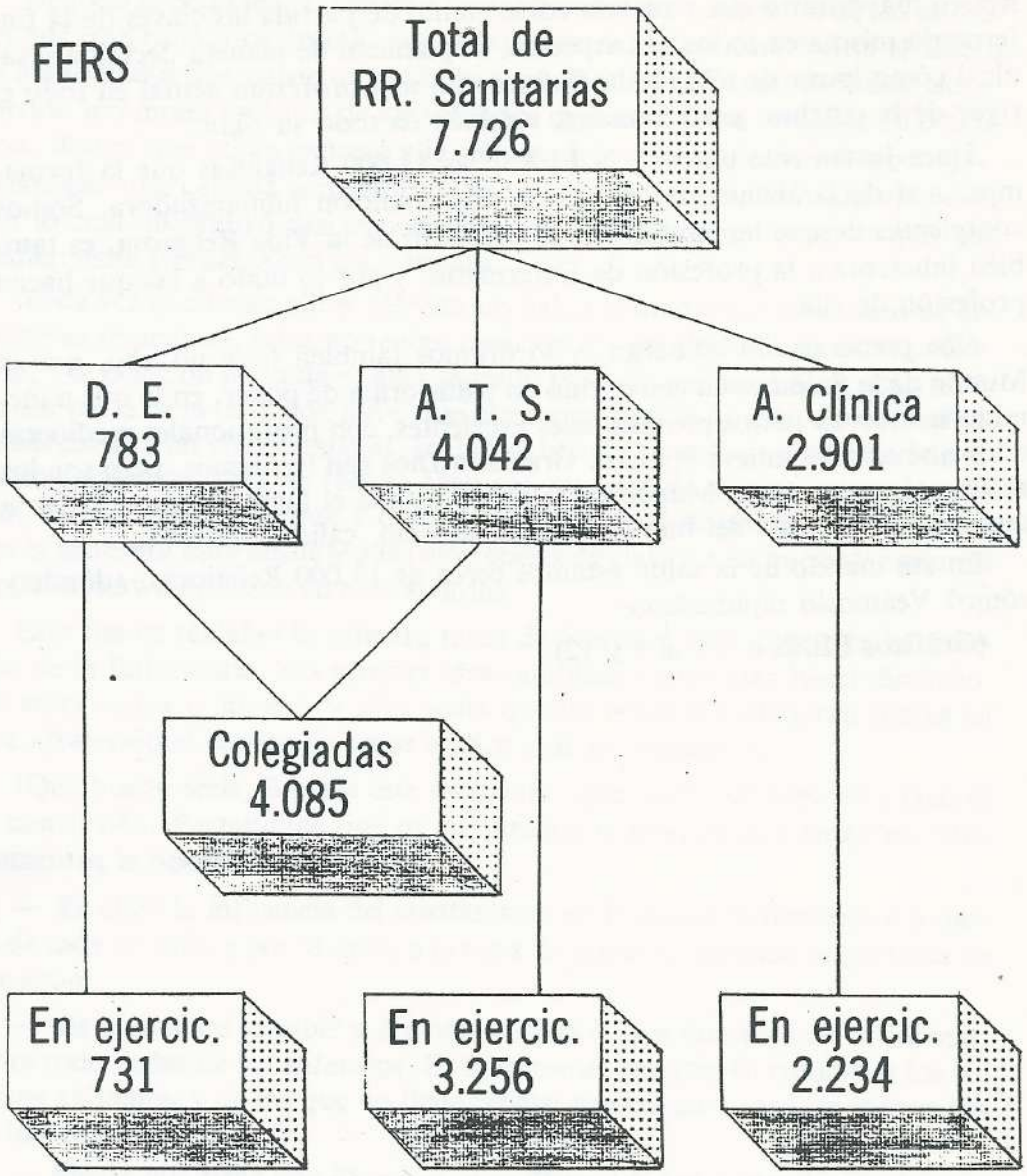
III. PAPEL, SITUACION Y PERSPECTIVAS DE LAS RELIGIOSAS SANITARIAS. Retomando la historia, hacemos una lectura de un colectivo mayoritario que teniendo como punto de partida las claves de la Enfermería misma en todos sus aspectos, se plantean de manera decidida y radical cómo hacer de ella, de la Enfermería, una profesión actual en todo el rigor de la palabra, pero humana, también en todo su rigor.

Hace justamente un año, la FERS, las 13.000 Religiosas que la formamos, nos declarábamos herederas de una tradición humanizadora. Somos conscientes de que humanizar no es exclusivo de la Vida Religiosa, es también inherente a la profesión de Enfermería, y por lo tanto a las que hacen profesión de ella.

Nos preocupa sin embargo, y lo dijimos también hace un año, que el Mundo de la Salud se ha convertido en plataforma de poder, en la que a menudo se mueven juntos profesionales excelentes, con profesionales mediocres a los que sólo les mueve el lucro. Gracias a Dios son los menos, pero son los suficientes para que el Mundo de la Salud no sea el lugar donde se citen la ternura y la bondad del hombre, hecha servicio, calidad, ciencia,...

En ese mundo de la salud estamos cerca de 13.000 Religiosas, ¿dónde y cómo? Veámoslo rápidamente:

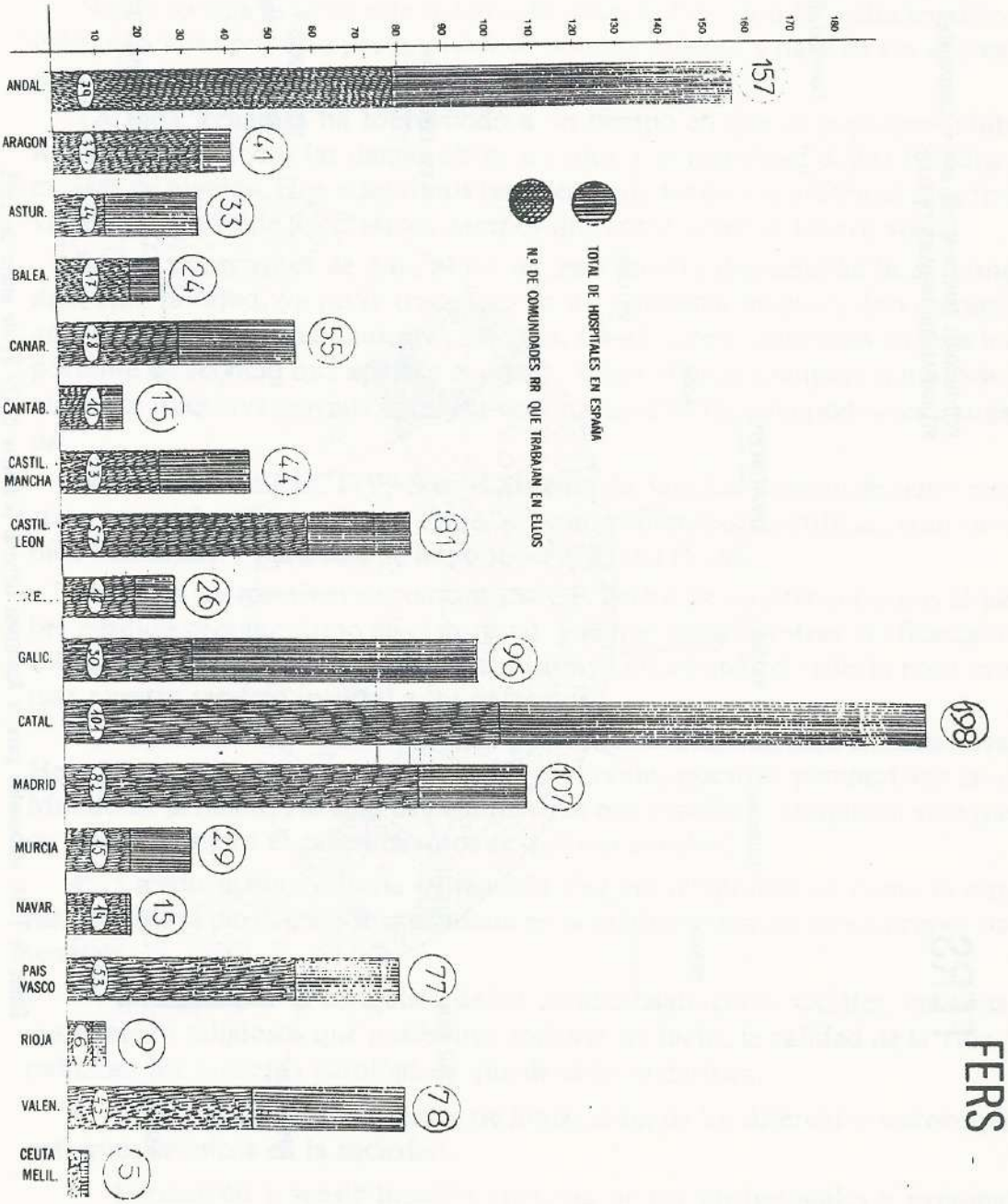
(Gráficos FERS n.os 3 al 8 y 12).



DATOS OBTENIDOS EN 1985 (POSTERIOR ASAMBLEA)

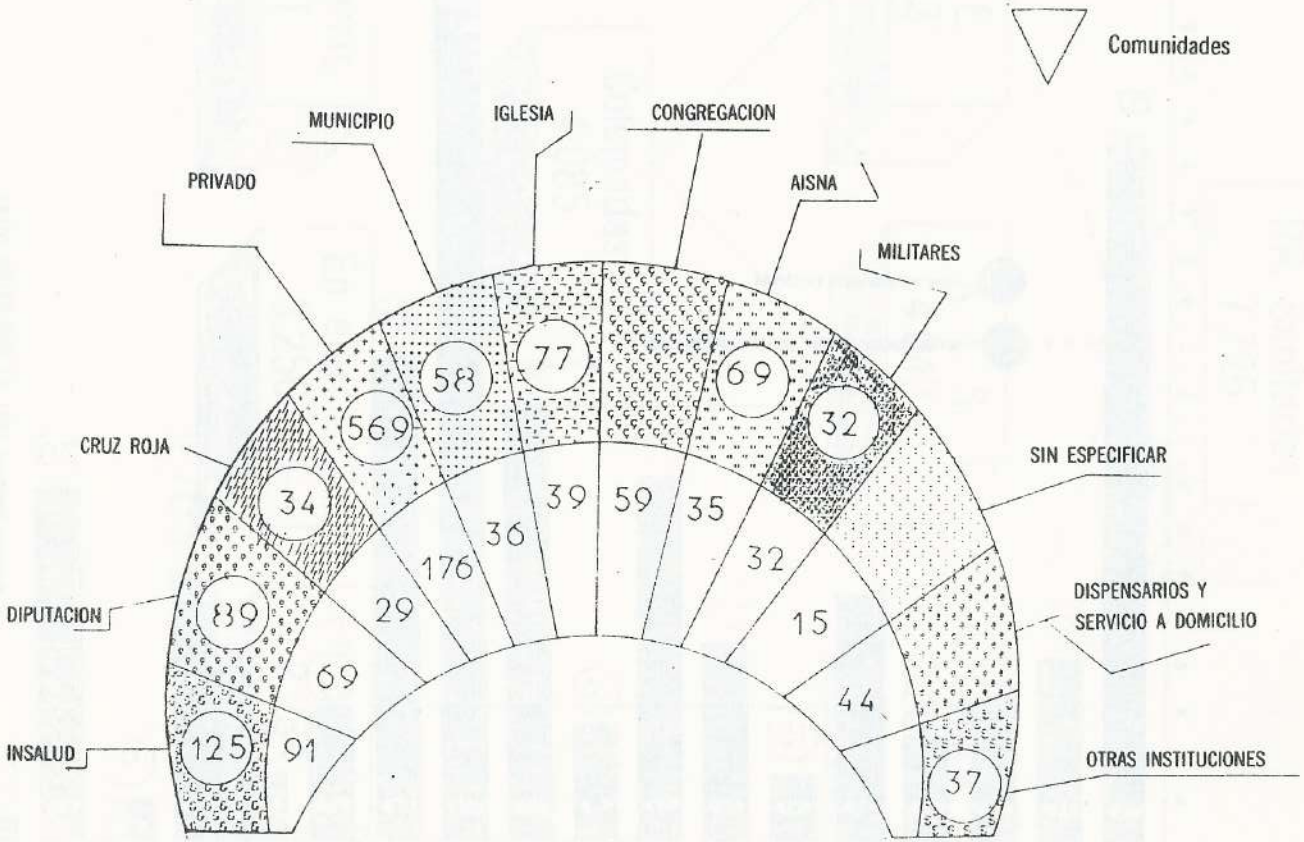
DATOS DE 1984, ELABORADOS PARA LA ASAMBLEA GENERAL ORDINARIA DE 27-31 DE ENERO DE 1985.

NOTA: Ninguno de estos datos puede ser reproducido ni utilizado sin autorización de la FERS.



FERS

INSTITUCIONES SANITARIAS DEL PAIS Y COMUNIDADES RELIGIOSAS QUE TRABAJAN EN ELLAS.



Datos de 1984, elaborados para la Asamblea General Ordinaria de 27-31 de enero de 1985.

Compañeros, sobre todo los que sois más jóvenes, a menudo «os preocupa» nuestra presencia TODAVIA en los hospitales. A lo mejor os asombráis si os decimos que a nosotras también nos preocupa estar en este hospital de hoy que es uno más en el área de las empresas, a la que le está costando su trabajo hacer la transición de un pasado en gratuidad, a un presente, donde lo que importa ya no es tanto la calidad humana, cuanto la rentabilidad y la política.

Nos preocupa estar en este sistema de salud de hoy, donde la alta tecnificación, necesaria por otra parte, olvida al hombre mismo, y hace de sus avances instrumentos válidos igual para matar que para curar.

La Vida Religiosa ha sobrevivido a un tiempo en que se le encomendaba los enfermos y todas las demás obras sociales, por ineptidud de los Estados y escasez de medios. Hoy admitimos también, y de forma natural, una progresiva secularizacón de los diversos campos que constituyen el acervo social.

Somos conscientes de que, al no ser ya el centro de atención la enfermedad, sino la salud, ya no se trata sólo de un problema médico, sino cultural, antropológico y profundamente colectivo. De ahí que se convierta en área importante de servicio que apetece el poder. Y eso es lo que empuja a muchos a anular la iniciativa privada, que por otra parte, difícilmente podrá ser ahogada.

Nuestras PERSPECTIVAS en el Sistema de Salud se derivan de tener muy claro que el hombre enfermo exige, no sólo respuestas científicas, sino también humanas. Y para esto se impone ser CREATIVOS.

Nuestras perspectivas se colocan entre el hecho de no preocuparnos el haber perdido protagonismo en el hospital, y el que para nosotras la eficacia no sólo es principio que inspira nuestra misión, sino además el criterio para evaluar nuestro servicio integral a los enfermos.

!Compañeros de camino en una profesión eminentemente humanitaria! He aquí, una vez más, cuál es nuestro programa, nuestras perspectivas en el Mundo de la Salud. No sólo os pedimos que nos ayudéis a cumplirlo, sino que os decimos que en él caben cuantos se quieran enrolar.

- La educación sanitaria (entendida siempre integralmente como la misma salud) y la participación ciudadana en la gestión y control de su propio sistema.

- La lucha por la conquista de los condicionamientos sociales, culturas, materiales y religiosos que posibiliten mejorar de facto, la calidad de la vida y reduzcan los procesos patológicos que de ellos se derivan.

- Creación de una conciencia de integración de los diferentes sectores de enfermos crónicos en la sociedad.

- Formación y sensibilización cristiana de los profesionales y personal sanitario creyentes, y formación de los futuros profesionales de acuerdo con la nueva conciencia de la salud, de la enfermedad y de la asistencia.

- Nueva sensibilidad y formación ética ante los problemas que plantea el

Mundo de la Salud, especialmente en la asistencia hospitalaria, en la investigación y experimentación y en la distribución efectiva de los recursos sanitario/asistenciales del país.

- Sensibilización de las comunidades cristianas para que el Mundo de la Salud, con sus valores y tareas, sea asumido como uno de los ámbitos privilegiados para la vivencia de la fe y el testimonio de la caridad.
- La lucha contra toda suerte de injusticia; la atención prioritaria a los más desfavorecidos.

Compañeros que os dedicáis a la docencia, inculcad a vuestros alumnos el respeto a la dignidad, desde luego de los enfermos, pero también de los propios profesionales y de la profesión misma. Y la dignidad mayor del hombre es poder ser libre. Acaso la obra más maravillosa de nuestra educación sanitaria, de nuestra atención primaria, sea hacernos resistentes y enseñar a resistir a los fenómenos degenerativos, de dimensiones incalculables, que se derivan hoy de la manipulación de hombres y pueblos. Es necesario lograr lo que From llama: «la libertad positiva (que) consiste en la actividad espontánea de la personalidad total e integrada». El hombre actual, sólo logrará una verdadera democracia si consagra sus inmensos recursos a un solo empeño: LA DEFENSA DE LA VERDAD.

En un pequeño libro lleno de sensibilidad pedagógica, titulado «Cartas desde el lago de Como, escribió Romano GUARDINI:

«Nuestro lugar está en el futuro que se está gestando. Nuestro entusiasmo vibra ante su imponente fuerza y su voluntad de responsabilidad (...). Un nuevo tipo de hombre debe surgir, un hombre de profunda espiritualidad, de un nuevo sentido de la libertad y de la intimidad, una nueva conformación y poder de configuración (...). Lo que necesitamos no es menos técnica, sino más; mejor dicho: Una técnica más fuerte, más reflexiva, más humana. Más Ciencia, pero más espiritual, mejor conformada, más energía económica y política, pero más desarrollada, más madura, mas consciente de su responsabilidad, de modo que sepa encuadrar a cada individuo en el lugar que le compete. Pero todo esto sólo es posible si el hombre viviente se hace valer a sí mismo en el ámbito de la naturaleza objetiva; si la pone en relación consigo y crea nuevamente de este modo un «mundo».

«Los valores, al tiempo que se presentan a nosotros desde fuera, se convierten en creadores de una libertad más alta y pura (...). Nosotros llegamos a nosotros mismos cuando acogemos el impulso que nos lleva al ser y nos permite acceder al valor (...). El realismo espiritual expresa el acceso a nuestra plenitud interior en el acto mismo de una esencial fidelidad».

CONCLUYENDO: Las Religiosas Sanitarias queremos ser, queremos servir al margen de intereses económicos y políticos; luchamos por superar las deficiencias personales, fruto de una humanidad que no es perfecta. Queremos fundamentalmente secundar el mandato de Jesús, a través de una lectura nueva, hecha cada día, del cap. 10, 9 de San Lucas: «CURAD A LOS ENFERMOS QUE SE HALLAREN ALLI».

1.ª MESA REDONDA

EL SUBSISTEMA DE ENSEÑANZA DE ENFERMERIA

Mesa Redonda:

I. La Formación Básica.

II. La Formación Especializada.

III. Formación Continuada.

IV. La Formación Profesional.

EL SUBSISTEMA DE ENSEÑANZA DE ENFERMERIA

Intervienen:

— D.ª Catalina García Martín-Caro
Directora Técnica E.U.E. «La Paz». Madrid.

— D. Francisco Ventosa Esquinaldo
Director Técnico E.U.E. «San Juan de Dios». Madrid.

— D.ª Margarita Nieto Pérez
Jefatura de Negociado Formación Continuada.
Dirección General de Asistencia Hospitalaria.
Consejería de Salud y Consumo. Junta de Andalucía.

— D.ª Virginia Novel Martí
Directora de la Escuela de Formación Profesional «Bonanova». Rama Sanitaria. Ayuntamiento de Barcelona.

LA FORMACION BASICA

CATALINA GARCIA MARTIN-CARO
Directora Técnica de la Escuela de Enfermería «La Paz».
Profesora de Enfermería Fundamental.

INTRODUCCION

Antes de comenzar mi intervención quiero agradecer a todos Vds., la asistencia a esta Mesa Redonda y, a la Junta Directiva de la A.E.E.D., en particular, la invitación que me ha hecho para intervenir hoy en las sextas Sesiones de Trabajo, que espero, sean como las anteriores, otro éxito de la Asociación Española de Enfermería Docente.

Debido a la amplitud del tema que se va a tratar en esta Mesa, mi intervención se dirigirá, fundamentalmente, a la parte de la enseñanza de Enfermería correspondiente a la Diplomatura, puesto que nos acompañan personas expertas en otros niveles de la enseñanza, y supongo que su intervención se centrará más en otros aspectos.

Comenzaré explicando lo que entiendo por «subsistema de enseñanza de Enfermería», su dependencia, es decir, al sistema a que pertenece y los factores que la condicionan.

EL SUBSISTEMA DE ENSEÑANZA DE ENFERMERIA

Se puede definir como «un conjunto de elementos debidamente ordenados y relacionados entre sí que tiene como finalidad concreta preparar a las personas que, una vez terminados los estudios correspondientes, van a dedicarse a cuidar la salud de los individuos, familias y comunidades, llevando a cabo acciones que dependerán de la formación requerida y la autorización para ejercer».

El subsistema que nos ocupa se puede analizar, desde mi punto de vista, desde tres aspectos:

1) Inmerso en el sistema educativo, al cual pertenece.
2) Dentro del sistema de salud, por ser este un factor condicionante importante en nuestras enseñanzas.
3) Como un sistema en sí mismo, por la complejidad que presenta.

Prefiero hacerlo tomando en cuenta la globalidad del proceso, pues es obvio que, nuestras enseñanzas estan condicionadas conjuntamente por:

— Las normas y reglamentaciones dictadas por el sistema educativo español y

— Los principios, estrategias, etc., del organismo responsable de la sanidad, que marcará los tipos de profesionales de la salud que el primero debe preparar.

Si el susbsistema de enseñanza de Enfermería pertenece, como dije anteriormente, al **Sistema Educativo,** quizá se hace necesario aclarar que por sistema educativo se entiende «al conjunto de principios, planes, acciones y recursos que tiene como propósito preparar a los individuos para que se incorporen al mundo del trabajo cumpliendo un servicio de interés público y social.

Aunque en estos momentos el sistema educativo del Estado Español, se encuentra en revisión y está sufriendo transformaciones sustanciales en algunos casos, los marcos de referencia actuales son la Ley General de Educación y la Ley de Reforma Universitaria, ambas promulgadas para aplicación de ámbito general. Por tanto, las enseñanzas de Enfermería deben ser impartidas en el orden académico-administrativo en base a la legislación vigente y no es válido el conocido típico-tópico de «la enseñanza de Enfermería es diferente» o «tal legislación no es aplicable a los centros de formación de Enfermería». Con estos o argumentos parecidos se puede conseguir el retraso del desarrollo de nuestra profesión, o lo que es más grave, la Enfermería sufrirá una entropía que terminará por hacerla desaparecer como disciplina, cuando aún no ha llegado a su consolidación como tal.

Las especificidades de nuestras enseñanzas no son, precisamente, las que se derivan del orden académico-administrativo, como veremos más adelante. En este aspecto los alumnos y personal docente de nuestras Escuelas tienen las mismas características, derechos y deberes que las de cualquier centro de enseñanza. Por tanto, las Escuelas de Enfermería tienen, igualmente, el derecho y el deber de funcionar como verdaderos centros universitarios, derecho que debemos reclamar y deber que debemos ejercer.

Es importante también, definir el **Sistema de Salud,** ya que es un factor decisivo en el acondicionamiento de nuestras enseñanzas, entendiendo por sistema de salud «al conjunto de principios, planes, acciones y recursos (materiales y humanos) que tiene como finalidad velar por la salud del país, fomentando, promoviendo, reparando y rehabilitando la salud de todos sus habitantes».

La Enfermería ha de comprenderse dentro de este sistema como un recurso más y único, y como un sistema en sí cuya acción estará integrada en un equipo, prestando un servicio que ninguna otra profesión puede dar. Por tanto el Sistema de Enfermería es «el conjunto de principios, planes, acciones y recursos que tiene como objetivo principal el desarrollo general de los servicios de Enfermería para dar unos cuidados de máxima calidad».

Sin la existencia de un sistema de Enfermería, y sin planificación adecua-

da, nos condenamos, una vez más, a la divergencia entre los objetivos teóricos y las necesidades reales.

INTERRELACIONES DE LOS TRES SISTEMAS

Las relaciones entre estos tres sistemas, se tienen que ver reflejadas en el producto final del subsistema de enseñanza de Enfermería: El alumno, que deja de formar parte del sistema educativo (al cual entró como objeto) e ingresa en el sistema de salud como recurso (profesional de Enfermería).

Visto así, los factores que condicionan el proceso de formación del personal de Enfermería vienen dados por:

— La Filosofía, estructuración, organización y normas del sistema educativo general.

— Los principios, planes, organización y tipo de asistencia sanitaria que promulga el sistema de salud, que a su vez son el reflejo de las necesidades reales en materia de salud, de la colectividad.

— El marco conceptual de Enfermería, es decir, la aceptación de verdadero contenido de la función y responsabilidad de la profesión.

Trataré de desarrollar cada uno de estos puntos por separado, teniendo en cuenta que es ésta una separación puramente virtual, que sólo hago a nivel analítico, pues estos tres apartados deben conjugarse para llegar a una síntesis coherente.

EL SUBSISTEMA DE ENSEÑANZA DE ENFERMERIA

En líneas generales, el Sistema Educativo en España se estructura en niveles de enseñanzas bien diferenciados. En nuestro caso, es conocido de todos que, en el momento actual, existen en Enfermería dos niveles educativos: El nivel profesional que confiere titulación de Diplomado en Enfermería y el que se encuadra en Formación Profesional de Primer Grado, por el que se obtiene el título de Auxiliar de Clínica.

Curiosamente, y a pesar de esta ordenación vigente en el momento actual, observamos yo diría que impasibles, cómo están proliferando arcaicamente, centros donde se imparten enseñanzas de Enfermería, que no se contemplan en los niveles actuales.

Muchos de nosotros nos preguntamos qué funciones van a asumir estos futuros profesionales, y como consecuencia, que puestos de trabajo van a cubrir. Quizá esta interrogante se nos aclare cuando el Ministerio de Sanidad y Consumo determine qué tipo de asistencia sanitaria vamos a tener los españoles y que profesionales de la salud se van a necesitar para prestarla.

Probablemente el desarrollo de la Ley de Sanidad, una vez aprobada, determine la clasificación de los niveles y las funciones que correspondan a cada uno de ellos, el grado de juicio requerido, la facultad de adoptar decisiones, la complejidad de las relaciones con otras funciones, el nivel necesario

de calificaciones técnicas y el grado de responsabilidad por los servicios de Enfermería que se presten.

Corresponde aquí señalar también, lo referente a planes de estudios y contenidos de las áreas de conocimientos que deben reflejar la realidad sanitaria del momento y el concepto de Enfermería. Es en estos puntos, donde se deben observar las especifidades del subsistema de enseñanza de Enfermería, que debe mostrar su dinamismo e interdependencia, para que la finalidad que persigue sea útil a la sociedad y gratificante a los profesionales.

Desafortunadamente, y en mi opinión, en casos muy frecuentes es aquí donde las enseñanzas de Enfermería están fallando y donde se imponen remedios urgentes.

Responsables de estos fallos o errores son determinados grupos profesionales con intereses personales y partidistas muy concretos, y la propia Administración (Ministerio de Educación y Ciencia).

Quizá muchos piensen que esta afirmación es subjetiva y gratuita, pero no es así, ya que la hago apoyándome en la revisión que he hecho a los planes de estudios de las actuales Escuelas de Enfermería y que han sido aprobados por el propio Ministerio de Educación y Ciencia.

Las directrices para la elaboración del Plan de Estudios de las E.U.E., publicadas en el B.O.E. de 26 de noviembre de 1977, establecen el número de horas teóricas y prácticas, las asignaturas que se deben impartir y los objetivos generales de las mismas. En el punto 4.° del artículo primero dice textualmente: «Las asignaturas obligatorias señaladas por las Universidades para la totalidad de los cursos no deberán sobrepasar el número de 16». Además establece un máximo de 4 asignaturas optativas. En total el máximo de asignaturas del Plan de Estudios del Diplomado en Enfermería es de 20.

Es curioso ver como en algunas Escuelas las asignaturas sobrepasan este número y en otras no llegan a 13 ó 14.

En cuanto a las asignaturas fundamentales, también establecidas en las Directrices del Ministerio, han ido sufriendo tales transformaciones que en muchos casos los planes de estudios publicados nos hacen pensar que es otra carrera la que se está describiendo.

Otro hecho significativo y preocupante de la situación actual, es la descripción que se hace de los profesores de las Escuelas de Enfermería que deseen optar a las plazas de Profesores Titulares en las Escuelas Oficiales.

El perfil que se describe para impartir determinadas asignaturas, vuelve a hacernos pensar que han sido creadas con un fin muy premeditado.

Si Vds. recuerdan, la otra interrelación que establecía con el subsistema de enseñanza, era la referida al **sistema de salud**, siendo este punto más que importante, imprescindible de tener en cuenta, ya que va a determinar los niveles de enseñanza de Enfermería y los contenidos que han de integrar las diferentes asignaturas del curriculum básico.

Para no hacer larga y repetitiva esta intervención, sólo mencionaré una anécdota que puede reflejar el aislamiento de muchas de nuestras Escuelas de la realidad actual.

Hace ahora escasamente cinco años, con ocasión de consultar los programas de determinada Escuela Universitaria de Enfermería, pude leer, con cierta gracia primero e indignación después, los contenidos de un tema perteneciente al módulo de enfermedades infecto-contagiosas. El tema titulado «LA VIRUELA», decía textualmente: Etiología, epidemiología y tratamiendo. Cuidados de enfermera a pacientes con viruela. Papel de la enfermera en la prevención de esta enfermedad.

En aquel entonces, no lejano, me pregunté y aún hoy me pregunto si tenemos en cuenta las Escuelas las necesidades actuales en materia de salud.

Por último, la desorientación actual que sobre el **concepto de Enfermería** tenemos el colectivo profesional, hace que las Escuelas tengan orientaciones muy diversas y que se ven reflejadas en las actitudes de los alumnos que van a ser transformados en profesionales.

En otras ocasiones el problema es de dirección de las enseñanzas, las cuales no tiene la orientación adecuada por estar guiadas por personal ajeno a nuestra profesión.

Otra anécdota muy ilustrativa de las orientaciones de las enseñanzas de Enfermería, puede ser el examen final que se formuló a un grupo de alumnos de segundo curso de Enfermería. Las cinco cuestiones propuestas decían:

— Diagnóstico y tratamiento del carcinoma del pulmón.
— Clínica del infarto de miocardio.
— Técnica de la punción lumbar.
— Contraindicaciones de la diálisis peritoneal.
— Actitud de la enfermera ante una hemorragia.

Naturalmente, esto hace pensar que algunos de los Planes de Estudios, y por tanto sus asignaturas, siguen la misma línea que los impartidos anteriormente en las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios.

Ante estas anécdotas, que desgraciadamente son algunas de las muchas que podría referir, hay que preguntarse, si al estar preparando a las futuras enfermeras para funciones que jamás van a desempeñar, no estaremos engañando a nuestros alumnos y haciendo, entre todos, desaparecer una disciplina con entidad propia llamada ENFERMERIA.

Para terminar, haré una breve descripción de cómo debe ser el subsistema de enseñanza de Enfermería en el primer nivel, que es el que otorga la titulación profesional.

Este nivel debe contemplar dos ciclos. El primero se debe ordenar teniendo en cuenta las exigencias de una formación general sólida y las necesidades

derivadas de la estructura de empleo. En definitiva, será el ciclo que prepare a los profesionales para planificar, administrar y evaluar la atención de enfermería prestada a un individuo o a un grupo, en el contexto intra o extrahospitalario.

En mi opinión, tres etapas de aprendizaje debe comprender este ciclo de la enseñanza. El primero estaría dedicado a estudiar los conceptos actuales de Enfermería, de salud, las necesidades o funciones humanas básicas y la ayuda a los pacientes en las actividades diarias sin considerar en absoluto, o solo mínimamente, la terapia en sí. La segunda etapa se centraría en la Enfermería clínica o atención a los pacientes con disfunciones comunes, problemas físicos o emocionales que ocurren en cualquier situación. La tercera, se dedicaría a estudiar y proporcionar la ayuda específica durante el ciclo maternal, la infancia, juventud y ancianidad, incluyendo todo el proceso salud-enfermedad.

El segundo ciclo, se refiere a la Formación Post-básica, que debe ser la que ofrezca una preparación específica y desde luego más amplia y profunda que la que se estudió en el Currículum Básico. Esta parte de la educación en Enfermería debe tener dos vertientes:

a) Los estudios centrados en razón de la profundidad de los conocimientos profesionales y

b) Los estudios dirigidos a preparar profesionales dedicados a una actividad concreta.

En cualquiera de sus niveles, ciclos o modalidades educativas, las enseñanzas de los Cuidados de Enfermería, deben integrar otras ciencias de apoyo como física, biología, sociología, etc., de manera que puedan ser útiles en la práctica y no como ejercicio que agraden al docente que las imparte.

Durante la sesión de ayer, los ponentes coincidieron en la importancia que tiene Enfermería dentro del sistema sanitario y cómo nos vamos incorporando en todos los niveles. Los políticos y dirigentes comienzan a comprender la función bien diferenciada de los profesionales de Enfermería dentro del equipo de salud.

Nos queda a nosotros, enfermeros y enfermeras, la tarea de incorporarnos al Sistema de Salud de una manera real y no solamente teórica.

El proceso de cambio, en el que estamos comprometidos, requiere un esfuerzo de reflexión que deberá ser estimulado desde las Escuelas, como centros de vanguardia de la Enfermería.

Pero es necesario que todo el cuerpo profesional participe en este proceso. No es suficiente que pequeños grupos avanzados sean los únicos agentes de cambio.

Nuestra Enfermería, y en consecuencia nuestras Escuelas, se verán reforzadas en el momento en que todas las enfermeras, desde su puesto de trabajo, participen en el desarrollo de nuestras enseñanzas.

BIBLIOGRAFIA

ALBERDI CASTELL, R.M. y MOMPART GARCIA, M.P.: «Proyecto de Licenciatura en Enfermería» 2.ª.s. Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente. Madrid, abril de 1981.

ARROYO GORDO, P. y otras: «Conceptos de Enfermería». Curso de Nivelación de A.T.S. U.N.E.D. Madrid, 1983.

HENDERSON, V.: «Concepto de Enfermería». Journal of advance Nursing 3. 1978. 113-130.

JUNTA DIRECTIVA DE LA A.E.E.D.: «Niveles de Enfermería». Primeras Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermerá Docente. Madrid, abril 1979.

ROIGE BOTE, A. y otras: «Plan de estudios de Enfermería». Revista ROL de Enfermería N.º 87, octubre de 1985.

TEY FREIXA, R.: «Hacia una definición de Enfermería». Terceras Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente. Barcelona, diciembre de 1982.

MESA REDONDA

LA FORMACION ESPECIALIZADA

FRANCISCO VENTOSA ESQUINALDO
E.U.E. Universidad Complutense. Unidad Docente San Juan de Dios. Ciempuzuelos. Madrid.

Permítanme que mi participación en esta mesa redonda, sea una reflexión personal, en voz alta, de una situación que en mi opinión nos está impidiendo a todos completar nuestras necesidades de formación.

Por ello, no entraré en líneas curriculares ya suficientemente debatidas y discutidas, sino que mi intento es el de buscar un camino de arranque que nos permita completar nuestras necesidades de formación postbásica.

En las dos últimas decadas, la población española (al igual que la de otros países), se ha hecho más consciente de sus necesidades en materia de salud. Consecuentemente, y ejerciendo sus derechos, demanda que esas necesidades sean atendidas como corresponde.

Cabe en este punto precisar que la demanda de atención suele referirse casi con exclusividad a los aspectos de asistencia médica.

Culturalmente el médico es la figura que identifica la asistencia a la enfermedad, y sería largo analizar las razones de tal identificación. En cualquier caso, lo importante es que conviene cambiar ese esquema. Conviene un cambio en el que los profesionales de la salud adquieran la identidad que les corresponde (incluso el médico precisa ser identificado con lo que realmente es).

Este proceso de elaboración de identidades debe traducir una realidad en que la salud y enfermedad sean atendidas como un único proceso cuya complejidad requiere los análisis de diferentes profesionales y las intervenciones de todos ellos.

Sólo en ese marco se estarán dando verdaderas respuestas a las necesidades de la población, y sólo así podrán elaborarse las identidades profesionales en función de su verdadero objetivo: La atención al proceso salud-enfermedad.

No caeré en pensar que lo hasta ahora expuesto es fácilmente viable. Sin embargo, me permitiré la licencia de manifestar que existe una vía funda-

mental para llevarlo a cabo: Empezar desde la formación de los futuros profesionales.

Es preciso que las estructuras y programas docentes traduzcan el marco de referencia antes expuesto y posibiliten, en nuestro caso a la enfermera, sentar las bases de su labor en equipo y dotarle de los elementos imprescindibles para el desarrollo de sus especificidades en la tarea de atender al individuo sano o enfermo.

Ello supone que debe proporcionarse una formación básica que dé soporte a cualquier desarrollo posterior específico que sea imprescindible para el desempeño digno de las tareas características de las especificidades que puede ofrecer el proceso salud-enfermedad.

Respecto a la formación postbásica llevamos 9 años preguntándonos, sin darnos una respuesta aproximativa cuantitativamente, de nuestras necesidades de formación.

Quizás no encontremos respuesta al unísono, pero podríamos empezar cediendo todos en aquello que individualmente o en grupo discrepamos, dándonos de este modo una forma de respuesta que nos haga a todos más dinámicos y disponibles para la sociedad, la cual observa sin saber que el motivo que nos divide, está ocasionado por servirle mejor.

Estamos viviendo dentro de una era marcada por las dinámicas de cambios rápidos, en el orden científico y social que a su vez exigen por parte de la sociedad, cambios en sus estructuras y en su sistema de valores, de tal forma, que faciliten la adaptación a esta situación de constantes y continuos cambios.

Estos cambios sociales y científicos nos están afectando demandándonos, de una forma cada vez mayor, en cantidad y muy especialmente en calidad, en una expansión y extensión de nuestras funciones y tareas, y la mayoría de nosotros no podemos satisfacerla: Unos porque en los curriculums anteriores no se contemplaron, otros porque quedaron obsoletos y las últimas promociones porque no tienen donde adquirir conocimientos postbásicos de acuerdo a esta evolución diaria.

No solo faltan 15 años para el año 2000, para que esté junto a nosotros telefónicamente a un nivel interplanetario. También la población habrá envejecido, las consecuencias de las drogas, la misma técnica hará que los usuarios terminales estén más tiempo con nosotros.

Es preciso situar el problema en su lugar y buscar desde ahí la solución.

La cuestión fundamental es el análisis de las necesidades de salud de la población y cual es nuestra aportación específica al equipo de atención a la misma, ¡y eso hay que hacerlo ya! Demorar nuestra respuesta puede llevar a que deba ser asumida por el resto de compañeros del equipo o por alguien nuevo que sepa ofrecer sin dilación la especificidad precisa.

No quisiera creer que nuestra especialización anterior y actual, es motivo

de no incidir en el usuario de forma esplícita y clara, por ser excesivamente próximas o complementarias a otras profesiones. Porque ello nos lleva a mi juicio a varias consideraciones:

a) El coste económico.
b) Si es copia del modelo médico el usuario prefiere recibir la prestación del médico.
c) Si es copia del modelo médico y recibe la prestación médica, no es extraño que la población prescinda de nosotros a excepción de la inyección específica en términos generales.

La experiencia demuestra que es particularmente difícil fijar los objetivos de la acción docente y profesional, y que con demasiada frecuencia, se empieza a planificar la educación sin haber determinado rigurosamente las necesidades y las finalidades pertinentes, teniendo como consecuencia el fracaso de la formación del profesional y su escasa contribución y adaptación a la solución de las necesidades de salud del país.

En la ponencia sobre Proyecto de Licenciatura en Enfermería en las 2.as sesiones de Trabajo de la A.E.E.D., decía M.ª Paz Mompart y Rosa M.ª Alberdi: «Cualquier planteamiento desde el punto de vista de la educación de una profesión, debe hacerse de una forma globalizada, con una perspectiva total. El estudio de las especialidades tendría que haberse tenido en cuenta, en el momento que se confeccionó el plan de estudios básico, así quizás se hubiera conseguido una aproximación al proceso educativo siendo más armónico, ajustado y eficaz» ...«pero no debemos mirar atrás para lamentarnos, sino para utilizar la experiencia en la lucha por la consecución de los objetivos que nos hemos marcado».

Todos sabemos que una profesión no puede considerarse adecuadamente estructurada en el aspecto educativo si no dispone de posibilidades académicas que permita a sus integrantes recibir la oportuna formación en aquellas áreas, que por su complejidad e importancia, requieran unos más profundos conocimientos. En base a mi reflexión, necesaria para obtener un acuerdo y un fruto lógico y deseado, podamos desde esta perspectiva y actitud, poner en marcha la parte que nos afecta, en el desarrollo de la L.R.U. en lo referente a nuestra formación.

No sólo porque no se hizo cuando se debió.

No sólo porque a partir del 1 de enero/86 entramos en la CEE.

FORMACION CONTINUADA

MARGARITA NIETO PEREZ
Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Consumo. Dirección General de Asistencia Hospitalaria y Especialidades Médicas.

En primer lugar quisiera agradecer a la A.E.E.D. dos cuestiones:

1.—La invitación personal de poder participar en estas jornadas y compartir nuestra experiencia con un grupo de profesionales.

2.—El introducir la formación continuada en una mesa de Formación de Enfermería, y es de agradecer porque la formación continuada, quizás por no tener el reconocimiento académico, es la gran olvidada cuando hablamos de formación.

Sucede, que en el plano docente, la Enfermería tiene grandes temas pendientes; la Formación Básica, las Especialidades y Licenciaturas, etc., pero también la Formación Continuada, siendo posiblemente más fácil su regulación, está sin resolver.

Y seamos conscientes que aún resueltos los otros grandes temas docentes, si no somos capaces de definir y planificar la Formación Continuada habremos perdido el gran instrumento de cambio y el puente que permita unir todos los temas, presentes y futuros de nuestra profesión.

Cuando los profesionales de Enfermería hablamos de Formación Continuada la mayoría de las veces barajamos tantos conceptos e ideas de Formación como profesionales nos reunamos.

Las ideas de Formación Continuada de cada uno de nosotros responde a nuestras propias deficiencias y necesidades, al lugar de trabajo de donde procedamos, al puesto que desempeñemos, etc.

Intentando abstraernos de nuestra realidad cotidiana, estoy segura que somos capaces de definir la Formación Continuada en conceptos como:

«Formación Permanente consustancial a cualquier profesión y por tanto consustancial a Enfermería».

«La Formación Continuada urge cuando profesionales como Enfermería, tienen necesidad de actualizar y perfeccionar sus conocimientos».

«Formación Continuada se entiende como un conjunto de actividades educativas y educadoras, planificadas y organizadas, que mejoran la prestación de cuidados de Enfermería».

«Es considerada un derecho de todo Profesional pero también es un deber».

«La Formación Continuada es considerada el instrumento más eficaz y más válido para introducir cambios».

«Es parte de la Formación Post-básica y constituye un proceso permanente».

Hasta aquí hemos barajado conceptos de Formación Continuada que todos compartimos, como compartimos todos su Utilidad y que se basa en:

—Aumento de conocimientos de los profesionales y actualización de la práctica profesional.

—Mayor y mejor calidad de los cuidados que presta Enfermería.

—Ayuda en la práctica de la profesión y aumenta la satisfacción profesional.

—Es un factor motivador y ayuda en la unificación de criterios.

—Ayuda a una mejor racionalización del trabajo de Enfermería.

—Permite establecer mejores lazos de comunicación con el resto del equipo de salud y hace sentirse a Enfermería partícipe de la Estructura-Hospital.

—Sirve para definir el marco conceptual de una profesión y ayuda a busca la identidad de Enfermería.

—Permite a Enfermería desarrollar la función docente.

—Permite el desarrollo de la Educación Sanitaria en los Hospitales.

—Adapta y orienta al personal de Enfermería de nueva incorporación al Hospital.

—Fomenta la iniciación de trabajos de investigación de Enfermería.

Estando tan claros los aspectos de utilidad de la Formación Continuada cabe preguntarse ¿qué ha pasado a esta profesión para no tener aún institucionalizada e instaurada la Formación Continuada?. Respondernos a estos interrogantes nos obliga a repasar la legislación que afecta a Enfermería.

Por una parte la Formación Permanente está recogida en el actual Estatuto del Personal Auxiliar Sanitario Titulado y Auxiliar de Clínica de la Seguridad Social de 26 de abril de 1973 (BB.OO.EE. N.° 102 y 103 de 23 y 30 del mismo mes) y posteriores modificaciones.

Así en su Capítulo VII referente a deberes, incompatibilidades y funciones, Sección 2.ª, artículo 60 sobre la Jefatura de Enfermería y sus funciones dice:

«4.—Analizar las actividades del Personal de Enfermería en orden a la uniformidad de trabajo, ELEVACION DEL NIVEL PROFESIONAL y rendimiento del mismo.»

«7.—Promover y participar en Programas de Formación específicos».

«8.—Instruir al personal de nuevo ingreso en la Unidad de Enfermería».

El mismo Estatuto en su Capítulo X, Recompensas, Sección 1.ª, Ambito de aplicación, Artículo 117 se refiere como recompensas, entre otras a:

—Concesión de becas de estudio.

—Asistencia a Congresos y Cursos de Perfeccionamiento, publicación de trabajos o monografías profesionales, etc.

La Orden Ministerial de 28 de febrero de 1985 del Ministerio de Sanidad y Consumo (B.O.E. n.° 55, de 5 de marzo de 1985) que regula los órganos de dirección de los Hospitales y la dotación de su personal, regulando la provisión de cargos y puesto correspondiente. en su Sección II, Organos de Dirección, Artículo 7 referente a las funciones del Director de Enfermería dice:

«2.—Promocionar y evaluar la calidad de las actividades asistenciales, docentes e investigadoras desarrolladas por el Personal de Enfermería».

Igualmente la Orden Ministerial de 1 de marzo de 1985 del Ministerio de Sanidad y Consumo (B.O.E. 5 de marzo de 1985) en su artículo único aprueba el Reglamento de Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales de la Seguridad Social, que se insertan como Anexo de la Orden.

En dicho Anexo (Reglamento General de Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales de la Seguridad Social), en su artículo 5.°, referente a las funciones del Hospital, apartado 2.° dice:

«Se consideran como funciones hospitalarias las de Asistencia, Docencia e Investigación».

El artículo 7.° de dicho Reglamento Especifica a quién van dirigidas las funciones docentes y en su apartado 3 dice: «Cursos de Perfeccionamiento dirigidos a las distintas categorias profesionales y laborales del Hospital y del Personal de Salud que trabaje en el ámbito del área de salud a la que esté adscrito el Hospital, con arreglo a las disposiciones vigentes».

Por otra parte las instituciones sanitarias no han favorecido, con su estructura, con sus presupuestos, con su organización, con su régimen laboral para Enfermería, con sus recursos, que la Formación Continuada para Enfermería fuera posible.

Sigue aún sin publicarse las funciones de Enfermería, y aunque se han querido «modernizar» o «adecuar» las funciones de los Directores de Enfermería seguimos sin tener las adecuadas todos los Enfermeros/as.

Por eso, aunque tímidamente nuestra legislación hace referencia a la posibilidad de poner en marcha programas de Formación Continuada, sólo los Hospitales más afortunados los han conseguido.

Hablar de Hospitales afortunados es hablar de:

—Direcciones, tolerantes con los temas de Formación de Enfermería.

Jefaturas de Enfermería con una voluntad clara de querer hacer activida-

des de Formación.

—Posibilidad, en el mejor de los casos, de retraer enfermeras de puestos asistenciales.

Diseñar un Programa de Formación Continuada sobre unas bases legales antiguas y obsoletas y con unas realidades Hospitalarias poco favorecedoras, no es para nadie tarea fácil.

Estoy segura que habrá varias alternativas.

La elegida por nosotros, como Administración Autónoma, probablemente ni siquiera sea la mejor y por supuesto no es la única, pero estamos seguros que es la que más se acerca a nuestra realidad hospitalaria y está diseñada por Enfermería.

La elaboración de un Programa que abarcará a todos los Hospitales de Andalucía significó previamente un estudio de los mismos. Se recogieron los recursos con los que contaban los Hospitales y que pudieran ser utilizados para formación, el Personal de Enfermería, si lo había, que se dedicaba a Formación, su nivel jerárquico y situación.

Se conocieron las actividades realizadas y en proyecto y fundamentalmente las necesidades y dificultades expresadas por los equipos de Dirección para poner en marcha la Formación Continuada.

El análisis de la realidad nos reflejó cómo había Hospitales con formación continuada frente a Hospitales que no encontraban la forma de iniciarla.

Hospitales con recursos, incluso humanos para dedicar a Formación, frente a Hospitales que no lo conseguían.

La variedad de actividades, orientación y contenidos era tal que se hizo imposible su evaluación.

En definitiva, se constató que la Formación Continuada sólo la sustenta el voluntarismo por parte de todos.

Posteriormente, la Consejería de salud llamó a un grupo de profesionales de Enfermería (30 Enfermeros/as), para trabajar las bases de un Programa de Formación Continuada de cobertura autonómica.

Son Profesionales de las ocho provincias andaluzas, de los diferentes niveles jerárquicos de Enfermería y de las Escuelas Universitarias de Enfermería.

Con su trabajo sentaron las bases de la Formación Continuada y dotaron de contenido un programa impulsado por la Administración.

DEFINIERON:

La responsabilidad de las Jefaturas de Enfermería en materia de formación.

La Enfermera responsable de Formación Continuada, la situaron a nivel de adjuntía y definieron su puesto de trabajo (cualificación, perfil profesio-

nal, interrelación jerárquica, funciones y actividades).

Definieron igualmente, la comisión de Formación de Enfermería de los Hospitales con composición y funciones.

Delimitaron los recursos materiales necesarios con los que debe contar Enfermería para desarrollar la Formación Continuada y la necesidad y justificación de un presupuesto de formación indicando capítulos de gasto y distribución.

Estudiaron, igualmente, las necesidades de Formación Continuada de la Enfemería y sus sistemas de identificación.

Ha sido este grupo de profesionales quienes englobaron las actividades a realizar por los Hospitales en 3 apartados o subprogramas:

1.—De orientación.

2.—De reciclaje y adiestramiento.

3.—De eduación en servicio.

De cada subprograma trabajaron en su definición, objetivos, contenidos básicos, metodología, actividades, plazos de realización y evaluación.

El trabajo realizado por este grupo de profesionales se materializó en un informe de conclusiones y recomendaciones que la Consejería de Salud divulgó y difundió a los diferentes Hospitales, Escuelas, Organismos, etc., a fin de recoger aportaciones y sugerencias.

Con el análisis de la realidad, el trabajo efectuado por el Comité asesor de Formación Continuada y las aportaciones recibidas, a la Administración solo le quedaron dos aspectos claves para instaurar la formación continuada en los Hospitales de Andalucía.

1.—Sentar las bases legales, adicionales a las actuales, que posibilitaran la puesta en marcha de la Formación Continuada.

2.—Asumir la financiación de gastos de personal y actividades que origina la Formación Continuada para Enfermería.

Para resolver el aspecto legal, la Consejería de Salud ha publicado una Circular de obligado cumplimiento a través de la Dirección General de Asistencia Hospitalaria, que regula las actividades de Formación Continuada para el personal de Enfermería, con las instrucciones de:

—Todos los Hospitales gestionados por la RASSSA realizarán actividades de Formación Continuada para el personal de Enfermería.

—Las actividades de Formación se desarrollarań conforme al Programa establecido, a través de subprogramas de:

—Orientación al personal de nuevo ingreso.

—Reciclaje y Actualización.

—Educación en Servicio.

—Es responsable del Programa de Formación Continuada la Jefatura de Enfermería.

—Será responsable directo de los subprogramas y actividades que conlleven una adjunta de Enfermería.

—Delimita la designación de la adjunta de formación y los aspectos de cualificación y perfil profesional a tener en cuenta.

—Las actividades de formación se financiarán con cargo a las dotaciones presupuestarias de la RASSSA previstas a tal fin.

—Regula la comisión de formación continuada, sus funciones y composición.

Las bases legales que posibilitan la instauración, la formación continuada de Enfermería están sentadas y puestas.

La financiación el primer año tiene dos capítulos de gastos por una parte, presupuestar los nuevos puestos con su plus de adjuntía y de otra parte, el presupuesto con que contará cada Hospital de la Red para las actividades.

En este primer año se ha establecido que los presupuestos estén centralizados y cada Jefatura de Enfermería debe retirar su partida asignada y en años sucesivos se incluirá en los presupuestos de los Hospitales como una partida presupuestaria más de Enfermería.

El coste anual del programa para toda la Comunidad Autónoma es de 100 millones.

La cifra puede tener dos lecturas, es mucho comparándolo con lo que hasta ahora nos asignaban para actividades de formación, que era nada o poco comparándolo con las cifras de gasto que supone el mantenimiento de cualquier Hospital al año.

El programa, actualmente, está en fase de implantación en los Hospitales ya que la fecha de la Circular que lo regula es de 7 de noviembre de 1985.

La primera evaluación se realizará en enero de 1986, por lo que aunque ya nos hubiera gustado tener resultados que contar, tendremos que posponerlo a la próxima vez que nos veamos hablando del tema.

Como conclusión, aunque a la hora de elaborar la ponencia se me ocurrían muchas cosas, baste decir que:

«Esta experiencia desarrollada en Andalucía y el Programa que se ha puesto en marcha, demuestra que Enfermería está dispuesta a asumir sus propias responsabilidades y es capaz de dar respuesta, por sí misma, cuando se lo permiten, a las necesidades del colectivo».

LA FORMACION PROFESIONAL

VIRGINIA NOVEL MARTI
Ajuntament de Barcelona. Escola Bonanova
de Formació Professional «Rama Sanitaria».

INDICE

1. INTRODUCCION
2. SITUACION ACTUAL
   Con titulación académica
   Sin titulación académica
3. PROBLEMATICA LABORAL GENERADA
4. OBJETIVOS DE LA FORMACION DEL AUXILIAR DE ENFERMERIA
5. MODELO ORGANIZATIVO
6. REFORMA DE LAS ENSEÑANZAS MEDIAS
   Directrices para las Enseñanzas Medias
   Estructura general de la Enseñanza Media reglada post-obligatoria.
   Formas de acceso
   Formación ocupacional
   Modalidades del 2.º ciclo de E.E.M.M.
   Acceso de los módulos profesionales
7. CONCLUSIONES

1. INTRODUCCION

Quiero expresar mi agradecimiento a la Junta Directiva de la Asociación Española de Enfermería Docente y a Vds. por compartir este rato juntos.

Dentro del subsistema de las Enseñanzas de Enfermería, hablaremos de la Formación del «Auxiliar de Enfermería». Ello no es fácil, ya que si bien conocemos el perfil del segundo nivel que necesitamos dentro del Equipo de Enfermería, resulta dificil en el momento actual de cambio, el pensar ¿cómo? ¿cuando? y ¿dónde? deberá formarse este nuevo «auxiliar de enfermería».

Como sea que en el nuevo sistema educativo, que en plan experimental se está desarrollando, queda suprimida la Formación Profesional de 1.° Grado y con ello los «auxiliares de clínica» y, dado que en él todavía no hay contemplado ningúna área que cubra este segundo nivel de Enfermería, es ahora cuando Enfermería debería asumir la responsabilidad de conectar con las Instituciones, a fin de elaborar programas y perfiles de este personal. que formará parte del Equipo de Enfermería, para poder opinar e indicar como los queremos, dónde los necesitamos y que esperamos de ellos.

Si no tomamos esta responsabilidad, otros profesionales nos tomarán la iniciativa y tendremos unos «nuevos» auxiliares que no nos cubrirán las expectativas esperadas para formar al verdadero Equipo de Enfermería.

De todas formas somos los profesionales de Enfermería, los que deberemos aportar nuestras experiencias y necesidades y lo que presentamos es solo una exposición de la situación actual, así cómo, las expectativas futuras que posibilita la Reforma de las Enseñanzas Medias.

2. SITUACION ACTUAL

Dentro del subsistema de enseñanzas de Enfermería debe tener cabida un colectivo heterogéneo, que en la actualidad, se encuentra trabajando en las Instituciones, denominados «Auxiliares de Clínica»» y que se encuentran equiparados a un nivel educativo de Formación Profesional de 1.° Grado. Si analizamos el tipo de formación que han recibido, encontramos dos grandes grupos:

— **Con titulación académica**

Obtenida a través de:

- — Escuelas Oficiales u homologadas (F.P. 1.° Grado).
- — Pruebas de madurez, convocadas por el M.E.C.
- — Cursos P.P.O. (que por un Decreto del 13-XI-79 no tiene en la actualidad validez académica).

— **Sin titulación académica**

- — Personal que a través de las puntuaciones conseguidas, según baremos de la Seguridad Social, han accedido a ocupar puestos de trabajo como «auxiliares de clínica».

— Personal sin ninguna titulación, pero con experiencia laboral en las propias Instituciones Sanitarias.

— Personal con diplomas conseguidos a través de academias no homologadas por el M.E.C. y por lo tanto sin ninguna validez académica.

3. PROBLEMATICA LABORAL GENERADA

Dada la diversidad de su formación, titulación, procedencia, etc., nos resulta dificil integrar al «auxiliar de clínica», como colectivo dentro del Equipo de Enfermería por las siguientes razones:

1) Es un personal que desarrolla actividades asistenciales sin la formación necesaria, incidiendo con ello desfavorablemente en la calidad asistencial, ya que por un lado hay un personal sin titulación alguna y otro que dispone de una gama muy variada de títulos, pero que ninguno de ellos cumple con los objetivos de formación deseados.

2) Los programas oficiales de Formación Profesional de 1.° Grado tampoco cumplen con los objetivos, ni los principios que la Ley General de Educación marca, facilitando conocimientos polivalentes y orientativos, que sean una prolongación de los estudios y no únicamente una experiencia en el trabajo, con una secuencia de materias dentro de un área tecnológica no integrados ni adaptados a Enfermería, tal como se da en la actualidad en el «auxiliar de clínica», siendo en realidad un grado profesional específico.

3) Considerar también la edad que estos profesionales tienen al terminar sus estudios, 16 años, todavía unos adolescentes y según las Ordenanzas Laborales vigentes no pueden, ni deben incorporarse al mercado laboral, por no tener el equilibrio emocional y madurez necesarios para llevar a término tareas asistenciales.

4) El nombre de «auxiliar de clínica», no es el adecuado ante el nuevo concepto de Enfermería, ni al rol que debe desempeñar como equipo.

5) Gran desnivel tanto en contenidos formativos, como de la propia filosofía de la Enfermería que dificulta:

— La capacidad de comunicación.

— La integración del «auxiliar de clínica» dentro del Equipo de Enfermería.

Creándose entre estos dos grupos profesionales vacios en contenidos filosóficos, de curriculum, de lenguaje, de cambios de ideas y experiencias, distanciándose todavía más, unas personas que tendrían que trabajar muy integradas y con unos objetivos comunes.

De todo este análisis, deducimos la necesidad de una revisión profunda y cambio de enfoque de los actuales planes de estudio del «auxiliar de clínica» (F.P. 1.° Grado), con la finalidad de que pueda quedar integrado y adaptado este personal dentro del subsistema de enseñanzas de Enfermería, con nombre propio y que nosotros proponemos el de «Auxiliar de Enfermería», protegido

por la Legislación y con una formación:

— Polivalente, intra y extrahospitalaria.
— Con una correlación entre titulación obtenida y activida laboral.
— Con una adecuación de su curriculum a las necesidades de formación que requiere como miembro del Equipo de Enfermería.
— Con unos programas integrados globalmente en los nuevos conceptos de Enfermería y dependientes de ella.

4. OBJETIVOS DE LA FORMACION DEL AUXILIAR DE ENFERMERIA

Los objetivos formativos del Auxiliar de Enfermería deben capacitarle para:

— Conseguir un nivel de formación teórico-práctico adecuado, que les prepare para el desarrollo de las actitudes, aptitudes y conocimientos precisos con el fin de que puedan asumir las responsabilidades propias y las que les sean encomendadas.
— Desarrollar la formación del razonamiento, comprensión y lógica.
— Educación de la percepción y desarrollo de las técnicas de observación.
— Educación del carácter y actuación: Metodología, adaptabilidad y minuciosidad.
— Educación en organización: Metodología de clasificación de datos, documentos, economía en el esfuerzo, eficacia en el trabajo, orden, etc.
— Fomentar la capacidad de comunicación e interrelación, facilitando la coordinación dentro del equipo de Enfermería, como sistema integrado en el Equipo de Salud.
— Colaborar en los cuidados a los individuos sanos, enfermos, familia y comunidad tanto en el marco hospitalario como en el extrahospitalario, orientando estos cuidados y capacitándolos hacia la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la rehabilitación, participando como miembro activo del equipo de Enfermería con unas funciones propias y otras delegadas y siempre bajo la supervisión de la enfermera, a fin de garantizar la asistencia integral al individuo y a la comunidad contribuyendo a proporcionar Salud para todos en el año 2000.
— Participación en la orientación y formación sanitaria al paciente, familia y comunidad, como miembro integrante del Equipo de Enfermería.

Estos objetivos han de quedar integrados de forma que exista una total coordinación y cooperación, pero no competitividad entre la enfermera/o y «auxiliar de enfermería», ya que sin lugar a dudas éste, debe trabajar bajo la supervisión de la enfermera a fin de dar sentido, contenido y hacer realidad el Equipo de Enfermería dentro del contexto sanitario, como miembro del equipo de Salud.

5. MODELO ORGANIZATIVO

Para que el equipo de Enfermería sea una realidad, habrá que buscar un modelo en el que tenga cabida todo el personal de Enfermería en los distintos niveles. Este modelo podría ser una Unidad Docente o Centro, en el que estuvieran ubicadas las Escuelas Universitarias de Enfermería, las Escuelas de Formación de Auxiliares de Enfermería, especialidades y formación continuada.

La agrupación de todas estas Escuelas en una misma unidad docente o centro, reportaría una serie de ventajas que enumeramos a continuación:

— Integración y coordinación de los programas de formación a todos los niveles, garantizando un buen modelo académico y el desarrollo personal de todos los alumnos, así cómo el acceso a enseñanzas superiores y definiendo los roles de cada nivel.

— Aprovechamiento de recursos económicos, físicos, humanos y materiales, a fin de dar una buena atención educativa y control de calidad de la enseñanza.

— Responsabilizar a la Enfermería de la formación y educación de cada uno de los niveles.

— Fomento de la interrelación e interdisciplinariedad, contando con actitudes positivas por parte de los profesionales del Equipo de Enfermería.

— Evitar que los centros de formación de una misma filosofía tengan barreras arquitectónicas que dificulten el acceso y la participación de todos sus alumnos.

— Fomento de la formación continuada de todos los niveles de Enfermería.

— Determinar el número de personal necesario de Enfermería de acuerdo con la planificación sanitaria del país, teniendo en cuenta la calidad y no la cantidad.

6. REFORMA DE LAS ENSEÑANZAS MEDIAS

Hasta aquí hemos apuntado lo que podían ser en un futuro la formación del «auxiliar de enfermería», así como el modelo organizativo en donde tendrían cabida todos los niveles del Equipo de Enfermería, pero para llegar a ello, hemos de contar con los proyectos de remodelación de las enseñanzas medias de primero y segundo ciclo, que tiene en marcha en plan experimental el Ministerio de Educación y Ciencia.

En la actualidad ha salido la primera promoción de alumnos de 1.° ciclo de esta Reforma.

Para el 2.° ciclo, ha elaborado el Ministerio, una propuesta de organización de enseñanzas medias regladas post-obligatorias y aunque no hay en marcha

ningún plan experimental en Ciencias de la Salud, si que hay 25 centros con experimentación de modalidades técnicas y es importante análizar y valorar detenidamente en que consiste este segundo ciclo.

El Ministerio de Educación y Ciencia considera que debe abrirse un debate sobre su articulación y contenidos de curriculum en el que deberán intervenir todos los órganos de representación y participación que establece la LODE, pero aún así, ha marcado unas directrices.

Directrices para las Enseñanzas Medias

1) Inclusión de aspectos formativos seleccionados

A los 16 años no puede darse por finalizada la formación de un alumno, la tendencia de los paises desarrollados es aumentar la escolaridad obligatoria, ya que ésta depende mayormente de factores socioeconómicos y de política educativa, que no en el hecho de que la educación recibida sea la adecuada para afrontar responsabilidades en los campos individual, cívico y profesional.

Un 2.° ciclo debe completar la formación, aprovechando las posibilidades que le ofrecen una mayor edad y la escolarización no obligatoria. Pero los alumnos de 16 años, no todos tienen idénticas expectativas y actitudes, por ello debe evitarse que una prolongación escolar sea causa de desmotivación o frustración.

La clave del acierto, debe buscarse en la íntima conexión entre los elementos constitutivos del curriculum, los centros de interés del alumno y la problemática en la que éste debe enfrentarse.

2) Potenciación del desarrollo polivalente del alumno

La innovación tecnológica, obliga en parte a que las enseñanzas queden especializadas en tareas concretas, con programas rígidos y cerrados, pero ello no es prudente y las ramas que se establezcan deberán ofrecer visiones básicas de los contenidos esenciales y sólo en el último tramo se plantearán las especializaciones. Esto permitirá fáciles adaptaciones dentro del campo profesional.

3) Las opciones ofrecidas al alumno no deben ser irreversibles

No es prudente aplazar indefinidamente la elección profesional, hay jóvenes que a los 16 años se inclinan por un camino concreto, en cambio, otros tendrán sus dudas o indecisiones, para ello es conveniente optar por una vía que permita a los alumnos orientarse en una dirección determinada, pero sin cerrarles las posibilidades de modificar su primera opción.

4) El 2.° ciclo debe tener función múltiple e incluir una cierta especialización

Conviene establecer un plan realista y posible, para ello es aconsejable que se opte por un ciclo de función múltiple semiespecializado.

Debe ser un ciclo apto para la Universidad, el trabajo y que complete la formación de la persona (función múltiple).

Debe dotar a los alumnos de una cierta polivalencia, pero al mismo tiempo debe ofrecer una especialización (ciclo semiespecializado).

Pero cuidado, un elevado número de opciones encarecería el proyecto y lo convertiría en inviable.

Para el Ministerio de Eduación y Ciencia la enseñanza secundaria, no es para una élite social, sino que quiere ofrecerse a la mayoría de jóvenes entre los 16 y 19 años.

Debe servir también, para cubrir las expectativas de formación permanente de jóvenes y adultos. Ello quiere decir que estos centros de Enseñanzas Medias, deben abrirse a todas estas personas y con ello se contribuirá a reforzar el contacto entre enseñanza y la vida real.

Estructura general de la Enseñanza Media reglada post-obligatoria

Esta se compone de 2 partes:

— Un ciclo de dos años de duración (2.° ciclo de E.E.M.M.) semiespecializado de función múltiple y con varias modalidades.

— Un módulo profesional coordinado con el ciclo y de un año de duración.

El Cuadro I representa la estructura organizativa de la enseñanza, dentro del sistema educativo.

Forma de acceso

— *Accederán a este tipo de enseñanzas, quienes hayan terminado satisfactoriamente el primer ciclo de E.E.M.M. o ciclo terminal de la enseñanza obligatoria.*

— *El acceso a los módulos profesionales o a estudios universitarios, requiere en primer lugar, superar una prueba de madurez, de carácter general y homologada para todo el Estado y además para:*

Módulo profesional: Que éste sea concordante con la modalidad cursada.

Escuelas Universitarias: Superación de las condiciones específicas que establezcan la Facultad o Escuela Universitaria correspondiente.

Formación ocupacional

El acceso a los módulos de Formación ocupacional podrá efectuarse en cualquier etapa posterior a la enseñanza obligatoria, siempre que se posean los requisitos mínimos para cursar el módulo con provecho.

No queda claro, en las directrices elaboradas por el Ministerio de Educación y Ciencia, de quién dependerá la formación ocupacional, porque no existe una legislación que la regule. La única norma que hace referencia concreta a ella, es la Ley Básica de Empleo, que obliga al I.N.E.M. a preparar programaciones anuales de Formación, de carácter gratuito y adecuadas para aquellas personas que quieran incorporarse al mundo laboral, o también aquellas que pretendan reconvertirse o promocionarse.

Esta Ley, también faculta al I.N.E.M. para concertar programas específicos de orientación y formación, en instituciones especializadas, con el fin de facilitar empleo a personas con dificultades de formación.

Las principales características de la formación ocupacional, son básicamente la formación para un puesto concreto de trabajo, la capacidad para la adaptación inmediata a las necesidades del sistema productivo, así como su complementariedad con la Formación Profesional reglada, en el sentido de que sus objetivos no son competitivos con los de aquellos sino que son recurrentes.

Descripción del 2.º ciclo de Enseñanzas Medias

Se compone de 3 bloques:

1) Una parte común, a todos los alumnos independientemente de la modalidad a que opten, que tendrá como función asegurar y garantizar la polivalencia del ciclo, la versatilidad, o la posibilidad de cambio de la opción inicial, con un mínimo de pérdidas de tiempo y el perfeccionamiento de las aptitudes básicas (se entiende así como las capacidades fundamentales para acceder a estudios universitarios o bien para puestos técnicos cualificados).

2) Una parte específica, obligatoria para todos los alumnos de la misma modalidad.

La diversificación de modalidades tiene como función hacer frente a las exigencias de una orientación profesional que no puede aplazarse indefinidamente. Junto a una polivalencia, se ofrece una incipiente especialización y cada modalidad de Bachillerato responde a unos objetivos genéricos para cubrir amplias áreas de actividad.

3) Un grupo de asignaturas optativas que puede elegir el alumno.

En algunas modalidades hay dos tipos de asignaturas, las específicas que deben ser cursadas por todos los alumnos y las optativas que estas pueden formar un conjunto cerrado o abierto.

Las modalidades superan cierto grado de diversificación dentro del ciclo y su número no es cerrado. La propuesta actual es de cinco.

Modalidades del 2.º ciclo de E.E.M.M.

— Bachillerato de Ciencias Sociales y del hombre.
— Bachillerato de Ciencias de la Naturaleza.
— Bachillerato Lingüístico.
— Bachillerato Técnico Administrativo.
— Bachillerato Técnico Industrial.

El ciclo termina con la prueba homologada a nivel estatal y la titulación correspondiente.

Acceso a los módulos profesionales

El módulo profesional tiene un periodo de formación de un año, orientado a completar la preparación del alumno en aspectos relacionados de forma in-

mediata con el mundo del trabajo. Quienes lo superen satisfactoriamente, estarán en condiciones de incorporarse al trabajo y desempeñar un puesto de técnico cualificado. Recibirá la calificación profesional equivalente al actual técnico especialista.

El módulo está concebido para dar un complemento, es pués necesaria la formación específica de cursos anteriores. Es importante que las enseñanzas del módulo, *no sean independientes de la modalidad del ciclo cursado* con anterioridad. No todas las modalidades serán pues idóneas para acceder a un módulo profesional determinado. A la hora de establecer los campos profesionales para cada uno de los bachilleratos, se pone de manifiesto que según esta propuesta, es dificil definir módulos concretos profesionales para los Bachilleratos de Areas Sociales y del Hombre, Ciencias de la Naturaleza y Lingüística, en contraste con los Bachilleratos más técnicos que ofrecen campos profesionales más concretos.

Sin embargo el Ministerio de Educación y Ciencia se ha pronunciado en algunos posibles campos profesionales para estos Bachilleratos y parece ser que para el próximo curso en contacto con el Consejo General de la Formación Profesional, se diseñarán programas para cada uno de los bachilleres.

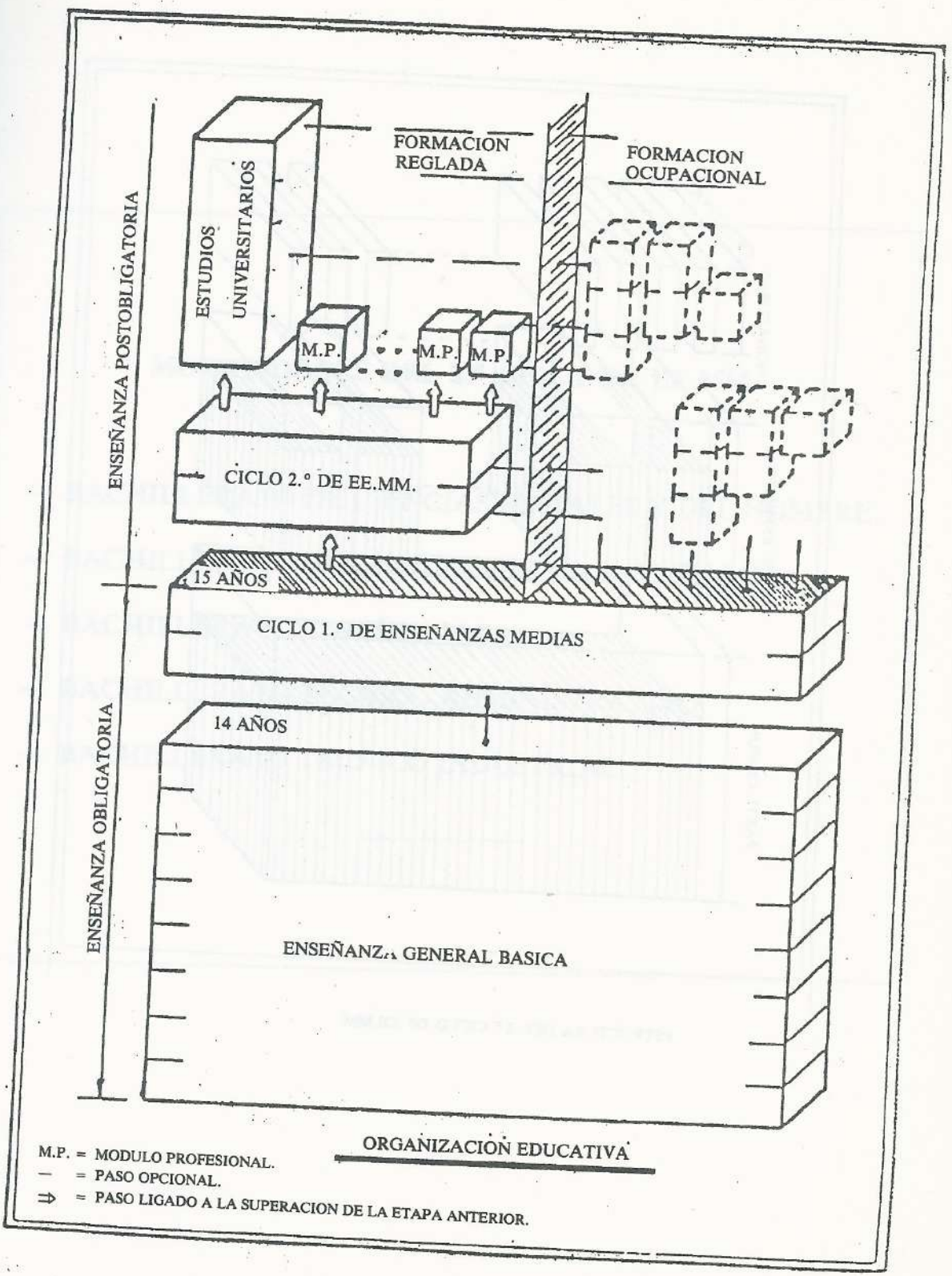
CONCLUSIONES

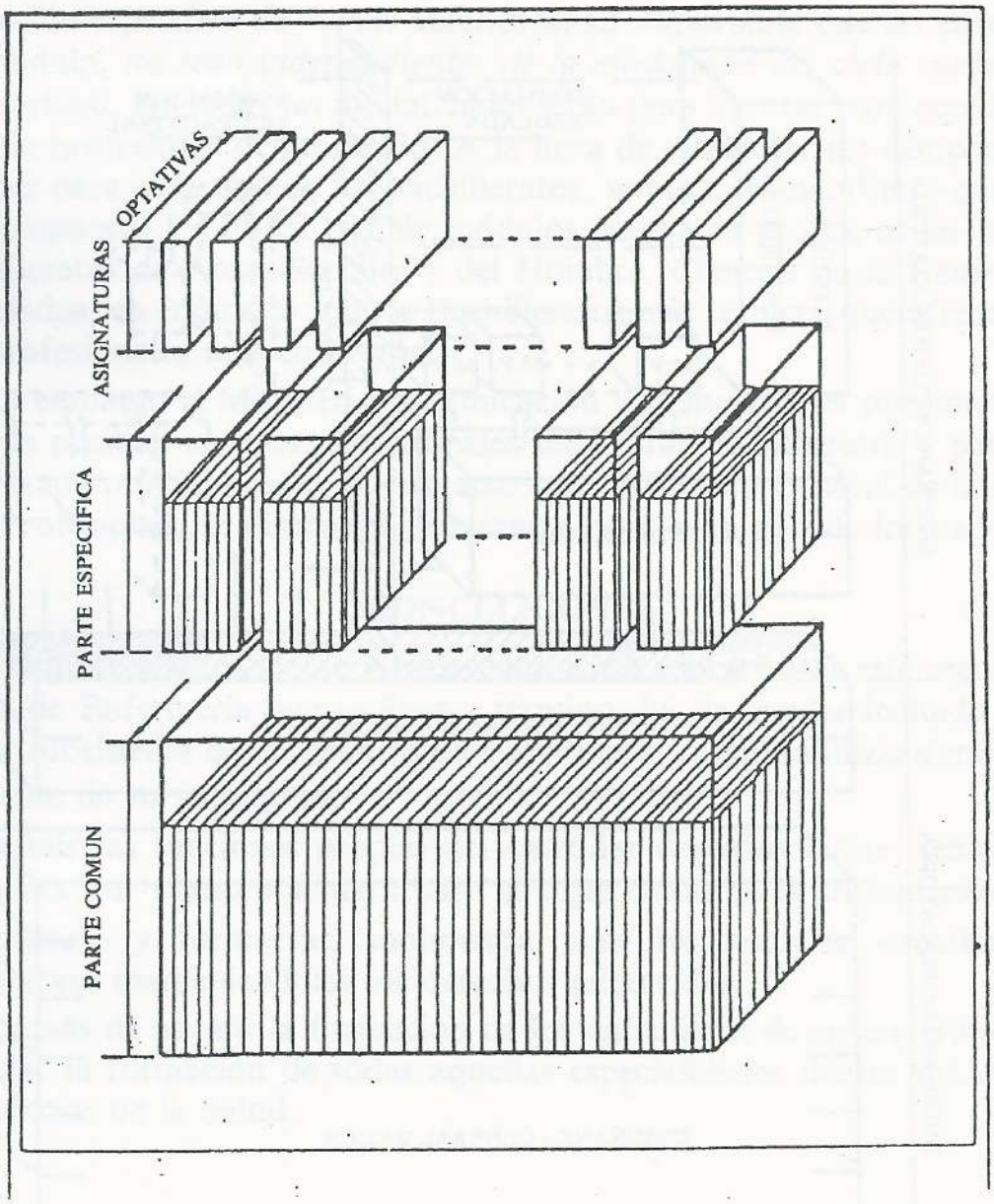
— Cualquier planteamiento y reestructuración educativa de este segundo nivel de Enfermería que se lleve a término, ha de quedar incluido dentro del subsistema de enseñanzas de Enfermería, responsabilizándonos totalmente de su formación.

— Definir las funciones propias del «auxiliar de enfermería», teniendo en cuenta que siempre actuará bajo la supervisión de la enfermera/o.

— Reciclaje y formación continuada para los actuales «auxiliares de clínica», manteniendoles los derechos adquiridos.

— Además de asumir la formación de los «auxiliares de enfermería», coordinar la formación de todas aquellas especialidades dentro del Area de Ciencias de la Salud.


ENSEÑANZA POSTOBLIGATORIA
ESTUDIOS UNIVERSITARIOS
FORMACION REGLADA
FORMACION OCUPACIONAL
M.P.
M.P.
M.P.
CICLO 2.° DE EE.MM.
15 AÑOS
CICLO 1.° DE ENSEÑANZAS MEDIAS
14 AÑOS
ENSEÑANZA OBLIGATORIA
ENSEÑANZA GENERAL BASICA
ORGANIZACIÓN EDUCATIVA
M.P. = MODULO PROFESIONAL.
— = PASO OPCIONAL.
⇒ = PASO LIGADO A LA SUPERACION DE LA ETAPA ANTERIOR.



ESTRUCTURA DEL 2.° CICLO DE EE.MM.

MODALIDADES DEL 2.º CICLO DE EE.MM.

— BACHILLERATO DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL HOMBRE.

— BACHILLERATO DE CIENCIAS DE LA NATURALEZA.

— BACHILLERATO LINGÜISTICO.

— BACHILLERATO TECNICO ADMINISTRATIVO.

— BACHILLERATO TECNICO INDUSTRIAL.

2.ª MESA REDONDA

1. CATALUÑA

Angels Elias Castells
Cap de la Secció d'Infermeria
del Departament de Sanitat i Seguretat Social
GENERALITAT DE CATALUNYA

Para centrar el tema de la estructura de personal desde la perspectiva autonómica, sería conveniente en principio, hacer una reflexión en voz alta, por un lado de los condicionantes políticos que llevan a una decisión determinada y por otro de los actuales modelos de Enfermería más o menos homologados que existen en Europa.

El primer paso para conseguir el objetivo de nuestra participación en las administraciones, pasa por considerar el reconocimiento de nuestro trabajo como la llave maestra de los cambios deseados, consiguiendo una imagen profesional nueva en la que, como dice Genevieve Charles, deje de considerársenos como un «fenómeno periférico del cuerpo médico» al que se trata con condescendencia a sabiendas de que es indispensable.

El rol que va a desempeñar Enfermería dentro de una actividad concreta, no puede desvincularse de la realidad social y política del país en el que esté inmersa.

Evidentemente, la política sanitaria se verá condicionada por la situación económica del país, pero no hay que olvidar que los objetivos que se marquen en política económica y sanitaria serán los dos dependientes de las oponiones y de las ideologías del equipo de Gobierno.

De aquí se deduce que el problema, en este caso de Enfermería, es fundamentalmente político, ya que su destino depende en última instancia de la elección política sanitaria, de las finalidades que se proponga y de los medios que se pondrán a su alcance para lograrlos.

El momento actual, en que la economía lo decide prácticamente todo, no es de los más halagüeños que hemos vivido en los últimos tiempos. Menos todavía contemplado, o mejor dicho vivido, desde la autonomía catalana donde, como todos conoceis muy bien, hay graves problemas de financiamiento económico.

De todas formas, aquí me gustaría sumarme a lo que dijo Rosett Poletti en el Seminario Internacional, en Barcelona. Decía Poletti: «El presupuesto de la salud es limitado, estamos en una encrucijada y tenemos que escoger. Podemos desaparecer como profesión o tomar conciencia de que tenemos algo que ofrecer, este algo dependerá de nuestra CREATIVIDAD».

«El futuro, terminó Poletti, dependerá de lo que seamos capaces de inventar».

Hasta aquí la reflexión en voz alta: Condicionantes políticos por un lado, economía por el otro y en medio creatividad y estímulo.

Veamos ahora cómo se concreta en Europa la participación en Enfermería en los distintos gobiernos, para exponer posteriormente la realidad actual catalana, que en cuanto a la inclusión organizativa en el sistema sanitario ha sido pionera en nuestro país.

En un informe elaborado por un comité de expertos de la O.M.S. se distinguen tres modelos:

1.° El primer modelo presenta una división o departamento de Enfermería a nivel de Gobierno Central y/o Regional, con un máximo responsable.

2.° En el segundo modelo un número indeterminado de profesionales de Enfermería ocupan cargos directivos en los órganos planificadores y decisorios del sistema sanitario, pero no existe concretamente una división o departamento determinado.

3.° En el tercero y último modelo, los profesionales de Enfermería trabajan en equipos interdisciplinarios, en programas sanitarios de nivel estatal o regional.

Evidentemente, cada uno de los tres modelos propuestos presenta sus inconvenientes y ventajas. El primer modelo, en el que se determina una división o departamento de Enfermería y que es, por cierto, el recomendado por la O.M.S., puede comportar, si no se actua muy coordinadamente con otros departamentos, un aislamiento y enclaustramiento de los temas de Enfermería y un divorcio entre los ámbitos de actuación profesional asistenciales y docentes. En el segundo modelo, al que hemos llamado de asesoría, todos sabemos que, aunque la iniciativa en principio es buena, muchas veces se convierte en una manera de quedar bien con un colectivo al que aparentemente se le tiene en consideración, pero al que no siempre se le hace caso. Por lo que respecta al último modelo, evidentemente, es lo mínimo que puede esperarse de los órganos decisorios sanitarios de cualquier país, en el siglo XX.

Estos son los modelos más o menos generalizados o normalizados por la O.M.S. Las distintas concepciones que acaecen en España las iremos conociendo a través de las exposiciones de esta mesa. Lo que es interesante recalcar es, que cada vez se evidencia más, la presencia de profesionales de Enfermería en las diversas administraciones y aquí estoy con lo que Nelly Garzón

dijo en Israel, en el transcurso de una entrevista, en la que se le preguntaba qué modelo de participación consideraba más adecuado. En su respuesta, Nelly Garzón, reconoció la dificultad que presentaba preestablecer modelos, ya que depende mucho de la estructura política de cada país. Lo importante, dijo, es que en definitiva Enfermería esté presente, en programas concretos, como grupo asesor o formando parte de la estructura jerárquica del Departamento de Sanidad.

Veamos concretamente nuestra situación en Cataluña. Los traspasos desde el Gobierno Central al autónomo catalán en materia de Sanidad (INSALUD), se efectuaron en septiembre de 1981, anteriormente el Departamento de Sanidad había encargado a un grupo de enfermeras un estudio de la situación de la Enfermería en Cataluña. El resultado de este estudio (publicado por el propio Departamento de Sanidad) incluyó un bloque de propuestas de distintas acciones a emprender por la administración, entre las que destacaba fundamentalmente «la necesidad de incorporar a profesionales de Enfermería en la planificación y gestión sanitarias, a nivel de Gobierno de la Comunidad Autónoma».

Esta sugerencia, conjuntamente con la clara visión de que la sanidad no es patrimonio de una sola profesión, llevaron a que en 1982 se creara la Sección de Enfermería en el seno de la ya desaparecida Dirección General de Asistencia Sanitaria. Fué necesaria la aprobación a posteriori de un decreto (336/1982) que posibilitaba a un enfermera estar al frente de la mencionada sección, ya que hasta la fecha se requería una titulación superior.

A finales de 1982 empezamos a funcionar bajo las directrices de Carolina Meléndez. Eramos seis profesionales de Enfermería, incluídas en tres áreas distintas: Hospitales, Asistencia Primaria y Formación-Docencia.

Más que una enumeración de hechos concretos, quizás lo importante a resaltar en esta primera fase, es que no se olvidó ningún aspecto relacionado con nuestra profesión y que nos convertimos en verdaderos asesores de los temas sanitarios que desde la Dirección General empezaban a gestionarse.

En 1983 el decreto 500/1983 del Departamento de Sanidad de la Generalitat de Catalunya, crea el Institut Català de la Salut, como entidad gestora y sustitutoria del INSALUD en Cataluña, y la Dirección General de Ordenación y Planificación Sanitaria, que tal como indica su nombre asume funciones de planificación y ordenación de la sanidad en Cataluña.

La Sección de Enfermería como tal, queda integrada en el organigrama de la Dirección General de Ordenación y Planificación Sanitaria y en el Instituto Catalán de la Salud, quedan dos enfermeras, una en el servicio de hospitales y otra en el servicio de personal.

Los objetivos generales que nos planteamos al iniciarse las actividades de la sección fueron:

— Fijar un modelo de Enfermería para Cataluña.

— Ordenar y planificar la demanda profesional.
— Colaborar en la ordenación de la formación.
— Mejorar el nivel profesional y económico.

Las funciones que venimos realizando en la actualidad, de acuerdo con el servicio del que dependemos, son:

- Asesorar a ambas Direcciones Generales, tanto la de Ordenación y Planificación Sanitaria, como al del Instituto Catalán de la Salud, sobre todos aquellos temas en los que Enfermería tiene incidencia.
- Colaborar en la ordenación del personal de enfermería. Referente a este tema, creemos importante resaltar la recogida y ordenación de datos, que hemos llevado a cabo conjuntamente con el servicio de Mapa Sanitario del Departamento, a nivel de toda Cataluña, tanto de personal titulado como auxiliar de clínica. Este trabajo que se empezó en 1981 y que ahora estamos actualizando, creemos que es de suma importancia pues no se tenía un información veraz, ni de la cantidad de personal existente ni de su distribución real, desconociéndose en consecuencia, los desequilibrios en cuanto a dotación de profesionales.

He escogido algunas cifras de las diversas combinaciones que hemos elaborado, en las que se puede apreciar la realidad numérica y distribución de profesionales en Cataluña.

VER ANEXOS: 1 - 2 - 3

Antes de continuar con las funciones que estamos realizando, creo importante resaltar, que partimos de un concepto de multidisciplinariedad en todas y cada una de las acciones que llevamos a cabo, ya que si bien existe esta sección de Enfermería concreta, es imposible lograr objetivos sanitarios comunes sin participación multidisciplinar. Aquí me gustaría recordar las palabras del Sr. Mahler, Director General de la O.M.S., en la Asamblea General de la Organización de 1978, en la que dijo «la salud no es patrimonio de una sola profesión y para garantizar que esté al abasto de toda la población, la responsabilidad de este hecho se habrá de compartir entre todos los componentes del equipo pluridisciplinario en el que el usuario de los servicios es el único protagonista».

Una vez sentado el principio de pluridisciplinariedad del que partimos y continuando con las acciones que llevamos a término, mencionaré la participación en la planificación y puesta en funcionamiento de programas pilotos sanitarios, que en estos momentos son en Cataluña, el del Valle de Aran, el del Altebrat en la zona de Tortosa y el Alpir en el Pirineo, todos ellos creados en zonas con déficit asistencial.

Por otra parte, participamos en diversos comités y consejos, tanto a nivel del propio Departamento de Sanidad como interdepartamentales. Para no ser exhaustiva, citaré algunos a modo de ejemplo:

— comisión mixta de Formación Profesional

— comité asesor de Asistencia Primaria
— comités de expertos varios
— comité de acreditación de centros asistenciales
— comité de derechos del paciente
— comisión de prácticas
— comisión de Historia Clínica de Asistencia Primaria
— etc.

Por último y ante la imposibilidad de entrar detalladamente en lo que se está realizando en las tres grandes áreas de actuación de asistencia primaria, hospitalaria y docencia, me gustaría resaltar algún aspecto de cada una de ellas. En cuanto a asistencia primaria, el primer aspecto es la dedicación casi exclusiva de dos enfermeras, en el equipo que ha trabajado y redactado el Decreto de Reforma de la Asistencia Primaria de Cataluña, que vió la luz en el Diari Oficial de la Generalitat el 21 de marzo de 1985 y que pensamos representará una redefinición funcional y dignificación profesional en nuestra actuación al servicio de la comunidad. El segundo aspecto que quiero resaltar, es la participación en el programa piloto de implantación de la Historia Clínica para la Asistencia Primaria, como uno de los instrumentos que harán posible los objetivos planteados en la Reforma.

En cuanto a la asistencia hospitalaria, a parte de colaborar estrechamente en la elaboración de la Orden de Acreditación de Centros Asistenciales (única existente en España), Diari Oficial de la Generalitat del 4 de mayo de 1983, pienso que es indispensable mencionar el Decreto de Reforma para Hospitales del Instituto Catalán de Salud, Diari Oficial de la Generalitat del 4 de diciembre de 1985; ya que además de contemplar del mismo modo que el aparecido en Madrid, la dirección de enfermería lo mejora sustancialmente en algunos aspectos, como son, la creación de una junta clínica prácticamente paritaria, en vez de la junta facultativa y la responsabilidad de Enfermería a nivel de servicios, compartida con la del jefe de servicio.

En el aspecto docente nos ha coartado bastante el hecho de que las transferencias en materia de universidades no hayan sido una realidad hasta fechas muy recientes. De todas formas, somos miembros de la comisión de escuelas de Enfermería de la Universidad Autónoma, así como formamos parte de las Juntas de Gobierno de diversas escuelas universitarias de Enfermería, dependientes del Departamento de Sanidad. Es importante destacar aquí la colaboración existente entre la Consellería y las Escuelas Universitarias de Enfermería y como exponente de la misma citaré dos ejemplos: Por un lado y a iniciativa del Departamento, se ha trabajado conjuntamente con todas las escuelas catalanas, la educación sanitaria, teniendo previsto próximamente sesiones informativas de los temas generales de política sanitaria para poderlos ir incluyendo en el proceso formativo de los alumnos.

Por otro lado y en colaboración con cuatro de estas escuelas, se ha finali-

zado un programa de actualización de 70 horas para profesionales de Enfermería del Instituto Catalán de la Salud, en el que a partir de un módulo común conceptual de adquisición de conocimientos metodológicos se subdivide en otros módulos, uno dirigido a los profesionales que desarrollan su labor en el hospital y otra para quienes la desarrollan en la asistencia primaria. El programa será impartido por enfermeras docentes de las mencionadas escuelas, en colaboración con enfermeras asistenciales.

En lo referente a Formación Profesional, transferida a la Comunidad Autónoma Catalana en octubre de 1979 (Decreto 2210/79) conjuntamente con expertos de Enfermería adscritos a escuelas de Formación Profesional, se han actualizado las programaciones de las especialidades técnicas, creándose la nueva especialidad de dietética.

Pero es sobre todo en el aspecto de Formación Continuada, en el que conjuntamente con el Instituto de Estudios de la Salud, organismo docente del Departamento de Sanidad de la Generalitat, hemos podido realizar más actividades en áreas formativas muy diversificadas, pero haciendo especial incapié en la formción interdisciplinaria en asistencia primaria, siguiendo las directrices marcadas por la O.M.S. recientemente.

VER ANEXO: 4

Otra área en la que estamos colaborando directamente, es en la de los cursos que organiza el mencionado Instituto de Estudios de la Salud, de introducción a la organización del Departamento de Sanidad, para cargos de responsabilidad en las instituciones sanitarias, de los que llevamos ya tres ediciones, en los que han participado directores médicos, jefes de servicio, etc. y que a partir de este año serán interdisciplinarios. La metodología de este curso consiste en una introducción del tema a cargo de un responsable del Departamento, seguida de la presentación de un documento técnico y la subsiguiente discusión.

Las diversas actividades sobre Formación Continuada, que he mencionado antes, están agrupadas en los anexos 5, 6 y 7 para poder tener una idea global de las mismas.

No quisiera acabar sin citar las palabras que el Director General de la O.M.S. dijo en una reunión plenaria, en enero de este mismo año y que refuerzan la oportunidad de la participación de profesionales de Enfermería en las administraciones.

Dice el Dr. Mahler: «Evidentemente, no se puede efectuar ningún cambio real si no va acompañado de la intención política de que Enfermería deje de estar excluida de la toma de decisiones referentes a la planificación y gestión sanitarias».

EMFERMERAS EN AMBITO EXTRAHOSPITALARIO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (ATENCION PRIMARIA + ESPECIALIDADES)

Area de gerencia	Enf.	Enf. APD	Enf. Zona	TOTAL
N.º 1 Lleida	66	150	14	230
N.º 2 Tarragona	96	51	40	187
N.º 3 Tortosa	17	46	9	72
N.º 4 Girona	169	102	32	303
N.º 5 Costa Ponent	334	69	154	557
N.º 6 Barcelones Nord i Maresme	190	30	91	311
N.º 7 Centre	177	100	158	435
N.º 8 Barcelona - Ciutat	667	—	357	1.024
Catalunya	1.716	548	855	3.119

Fuente: Estadística de establecimientos sanitarios, 1983.

CAMAS HOSPITALARIAS, RELACION ENFERMERA/CAMA, Y PERSONAL DE ENFERMERIA/CAMA EN CENTROS DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y OTROS EN CATALUNYA POR PROVINCIAS

	Camas	Enfermeras	Enf./Cama	Auxiliares	Aux./Cama	Personal Enf./Cama
Barcelona	21.558	9.913	0,45	9.202	0,42	0,42
Tarragona	3.836	831	0,21	1.191	0,31	0,31
Lleida	1.166	335	0,29	414	0,34	0,28
Girona	2.080	622	0,29	685	0,32	0,29
Catalunya	28.640	11.701	0,40	11.492	0,40	0,40

Fuente: Estadística de establecimientos sanitarios, 1983.

PERSONAL DE ENFERMERIA HOSPITALARIA EN CATALUNYA POR AREAS DE GERENCIA Y RELACION ENFERMERAS/AUXILIARES

Area de gerencia	Enf.	Aux.	TOTAL	% Enf.
N.º 1 Lleida	335	414	749	45 %
N.º 2 Tarragona	576	964	1.540	37 %
N.º 3 Tortosa	225	227	482	53 %
N.º 4 Girona	622	685	1.307	47 %
N.º 5 Costa Ponent	1.799	1.763	3.562	50 %
N.º 6 Barcelones Nord i Maresme	456	589	1.045	44 %
N.º 7 Centre	1.367	1.517	2.884	47 %
N.º 8 Barcelona - Ciutat	4.529	4.143	8.672	52 %
N.º 9 Vall D'Hebrón	1.762	1.190	2.952	60 %
Catalunya	11.701	11.492	23.193	50,5 %

Fuente: Estadística de establecimientos sanitarios, 1983.

Elaboración: Sección de Enfermería, 1985.

ACTIVIDADES DOCENTES INTERDISCIPLINARIAS ORGANIZADAS POR EL INSTITUTO DE ESTUDIOS DE LA SALUD Y LA SECCION DE ENFERMERIA

Curso	N.º Cursos	Horas	Profesores	Asistentes
Atención Primaria de Salud: Concepto y Metología	6	40	95	120
A.P. Educación Sanitaria	2	32	7	30
A.P. Los Medicamentos en A.P.	1	16	2	15
Situación de la Salud en la Comunidad	2	16	2	30
Abordage comunitario en enfermedades crónicas	1	16	3	15
La Salud Mental en A.P.S.	1	16	2	15
Control de Calidad en A.P.S.	1	16	2	17
Sistemas de Documentación y Registro en A.P.S.	1	16	2	17
Entrevista Clínica en A.P.S.	1	16	2	17
Formación de Profesorado en A.P.S.	1	20	6	10
TOTAL	17	204	124	286

ACTIVIDADES DOCENTES ORGANIZADAS POR LA SECCION DE ENFERMERIA EN ASISTENCIA PRIMARIA (COLABORACION INSTITUT D'ESTUDIS DE LA SALUT)

Area: Asistencia Primaria	Cursos y Seminarios	Horas	Profesores	Asistentes
JHornadas Enfermería C.A.P. Ciudad Badía	1	12	6	30
Conferencia Nacional de Enfermería y Atención Primaria	1	32	12	36
Jornadas Enfermería Altebrat	2	52	8	35
Joranadas de Enfermería Vall D'Arán	2	30	12	50
Curso A.P. Area Gestión Barcelona	8	244	88	280
Curso A.P. Gestión de Lérida	1	80	31	86
Jornadas Alumnos Enfermería Altebrat	1	360	3	45
Grupos y Población de Alto Riesgo	2	26	4	80
Educación Materno Infantil en los C.A.P.	2	20	4	86
Orientación y Planificación Familiar	1	12	30	40
Estudio Situación de Salud de la Comunidad	1	14	2	40
	22	882	200	808

ACTIVIDADES DOCENTES ORGANIZADAS POR LA SECCION DE ENFERMERIA EN EL AREA DE GESTION Y ADMINISTRACION (COLABORACION INSTITUT D'ESTUDIS DE LA SALUT)

Area: Asistencia Primaria	Cursos y Seminarios	Horas	Profesores	Asistentes
Gestión Hospitalaria	6	160	54	209
Gestión Asistencia Primaria	2	80	22	205
Gestión Hospitalaria y Asistencia Primaria	6	137	32	242
Control de Calidad	1	21	3	40
Estadística	3	42	6	124
Iniciación a la Investigación	2	42	2	73
Estudio del grado de dependencia del enfermo	3	49	6	87
TOTAL	23	531	125	980

ACTIVIDADES DOCENTES ORGANIZADAS POR LA SECCION DE ENFERMERIA EN DIVERSAS AREAS DE FORMACION (COLABORACION INSTITUT D'ESTUDIS DE LA SALUT)

	Seminarios	Horas	Profesores	Asistentes
Dietética	1	9	1	40
Enfermería y Vejez	1	16	2	20
Análisis transaccional	1	21	1	14
Seguimiento enfermos crónicos	2	28	8	80
Formación continuada experiencia suiza	1	8	1	82
Atención al enfermo terminal	1	12	2	30
Orientación y Planificación Familiar	1	12	30	40
Estudio, Situación de Salud de la Comunidad	1	14	2	40
Diabetología básica, Perfeccionamiento/Formación Profesorado	76	262	98	260
TOTAL	16	382	145	606

2. ANDALUCIA

ANGELES GARCES FRANCH
Dirección General de Asistencia Hospitalaria.,
Junta de Andalucía

PRESENTACION

Quiero felicitar a la Junta Directiva de la A.E.E.D. por el acierto al elegir como tema de debate para esta mesa redonda la puesta en común de lo que en la actualidad está haciendo Enfermería, el estudio y análisis de la realidad de Enfermería en las distintas Comunidades Autónomas.

Es en reuniones como estas y en el trabájo cotidiano de cada enfermera donde podemos ir concretanto las perspectivas e ir consiguiendo unas estrategias que den respuesta a las ilusiones y proyectos que individualmente todos sentimos.

Agradezco la oportunidad que me han brindado de exponer en éstas VI sesiones los criterios de actuación y los trabajos que estamos llevan a cabo en la Comunidad Autónoma de Andalucía.

I. INTRODUCCION

Cuando fuí invitada por la Junta Directiva de la A.E.E.D., para participar en esta mesa Redonda, acepté por dos razones: Una porque soy incapaz de decir que no a las actividades que organiza la A.E.E.D., y otra porque no siempre tenemos ocasión de exponer lo que estamos haciendo en un foro tan importante como éste.

Pasó un tiempo y dudé mucho sobre si tenía que declinar la invitación, así lo comuniqué a la Presidente, les aseguro que no era por esos temores que a veces se sientes, únicamente que por aquel entonces, estaba convencida que había muy poco nuevo que decir, que ya estaba muy repetido.

Posiblemente no les cuente a Vds., nada nuevo, pero dos acontecimientos recientes, determinaron mi participación. Uno de ellos ha sido el 2.° Congreso de Enfermería Catalana, celebrado en Barcelona a finales de octubre, y el otro las I Jornadas Nacionales de Enfermería, organizadas por el INSALUD.

¿Por qué estos acontecimientos han sido tan determinantes para mí?.

Una razón fué observar que en ambas convocatorias, bien sea por atracción de los temas o bien, por el buen hacer de sus organizadores, la participación de las enfermeras/os ha sido masiva: 700 enfermeras/os en la 1.ª y más de 5.000 solicitudes en la 2.ª, lo cual solo tiene una lectura: LAS ENFERMERAS/OS DESEAN PARTICIPAR, TIENEN NECESIDAD DE ESTAR INFORMADAS, DE SABER SI CIERTAS EXPECTATIVAS YA ANTIGUAS, SE RESUELVEN O POR EL CONTRARIO SEGUIMOS IGUAL.

Otra razón fué el constatar que «mis preocupaciones profesionales» no eran subjetivas, sino por el contrario, las compartíamos, flotaban en estos ambientes; estas preocupaciones profesionales, eran entre otras las que estoy segura también existen entre Vds., ¿qué pasa con la Enfermería?, merece la pena lo que se está haciendo?, ¿estamos anclados?, ¿nos escuchan?, ¿avanzamos?... Es decir, existe un cierto desánimo colectivo que nos hace estar algo cansados y también desencantados.

Estas reflexiones me hicieron decidir a estar hoy aquí, de alguna manera me comprometieron; indiscutiblemente en Andalucía existen proyectos y algunas realizaciones que yo tengo la responsabilidad de comunicarles y Vds., el derecho a conocerlas.

Mi objetivo en esta charla es, ateniéndome al título de la mesa redonda exponerles las perspectivas, los proyectos y las realizaciones de nuestra Comunidad Autónoma, así como, las dificultades, y las estrategias que entiendo debería acometerse no tan solo a nivel autonómico.

I. ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE PERSONAL DE ENFERMERIA

Los dos grandes objetivos de la Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía, son la POTENCIACION DE LA ATENCION PRIMARIA y la integración de todos los recusos en un sólo servicio, en una RED PUBLICA DE ASISTENCIA. Los rescursos se organizan en dos niveles de atención:

Primer nivel: ASISTENCIA PRIMARIA.

Segundo nivel: ASISTENCIA ESPECIALIZADA.

Los recursos de personal de Enfermerá, en grandes números son:

Atención Primaria: 3.131 Enfermeras y 737 Auxiliares de Enfermería (en Ambulatorios, Casas de Socorro, A.P.D., A.T.S. de zona, etc).

Asistencia Especializada: 8.669 Enfermeras y 7.471 Auxiliares de Enfermería (aproximadamente 500 directivos de Enfermería).

En los Servicios Centrales de la Consejería de Salud y Consumo como órgano de planificación de éstos recursos existen: Una sección de Enfermería Comunitaria y Trabajo Social en la Dirección General de Atención Primaria y Promoción de la Salud, y una Sección de Enfermería en la Dirección Gene-

ral de Asistencia Hospitalaria y Especialidades Médicas; además existen varias enfermeras trabajando en otros programas. A nivel periférico en las respectivas Delegaciones Provinciales existen enfemeras coordinadoras de los programas de Atención Primaria.

A partir de ahora, me permitirán Vds., que me concrete en los objetivos y acciones que estamos desarrollando la Sección de Enfermería de la Dirección General de Asistencia Hospitalaria y Especialidades Médicas de la cual soy responsable, pues comprenderán que escapa de mi competencia todo lo relativo a la Atención Primaria, donde otras compañeras cualificadas realizan su cometido.

La Sección de Enfermería presentó y le fueron aceptados los siguientes objetivos.

— Participar activamente en la planificación y ejecución de la política sanitaria de Andalucía, aportando su experiencia en los temas de Enfermería.

— Establecer líneas de coordinación y colaboración con todas las Direcciones de Enfermería, para unificar criterios, homogeneizar y mejorar los servicios que presta Enfermería en los Hospitales.

— Analizar y estudiar los recursos humanos (Personal de Enfermería) en los Hospitales, número, grado de formación, distribución, expectativas, sistemas de trabajo, turnos.

— Desarrollar la Formación Continuada para el Personal de Enfermería a través de programas de educación permanente y de orientación definiendo la estructura de los Servicios de Formación Continuada.

— Desarrollar Sistemas de Control de Calidad de la Atención de Enfermería Hospitalaria, así como la instauración de los elementos y requisitos indispensables que mejoren la calidad de los cuidados.

El primer objetivo, (participar activamente en la planificación ...) entiendo es un objetivo ambicioso, no siempre se asume la aportación de las Enfermeras en los temas generales de política sanitaria, aún estamos lejos de conseguirlo, evidentemente no porque no lo deseemos ni estemos dispuestos a asumirlo.

Los otros objetivos de la Sección los vamos desarrollando; se han establecido líneas de coordinación con todas las Jefaturas de Enfermería, participando éstas en las diversas reuniones mantenidas, así como en los Programas establecidos para el desarrollo de objetivos propuestos.

Uno de los programas consiste en el estudio de los recursos de personal de Enfermería en los Hospitales, actualmente ampliado con el estudio y distribución del personal de Enfermería en los Ambulatorios de Especialidades. En una primera aproximación, detectamos, diferencias sustanciales en cuanto a la dotación de plantillas, esto nos llevó a plantear un estudio profundo que abordamos de la forma siguiente:

Se encuestaron 464 Servicios y/o Unidades de 22 Instituciones Hospitalarias de la RASSSA.

El cuestionario planteaba la realización de 200 tareas divididas en directas e indirectas, de las que había que determinar:

1. Nivel profesional que interviene en la realización de las tareas (Enfermera, Auxiliar de E., Supervisora).
2. Tiempo máximo, medio y mínimo que se tarda en su realización.
3. Turnos y n.° de veces por turno en que se realiza la tarea.
4. Periodicidad con respecto a los días de la semana en que se realizan las tareas.

La explotación de los datos obtenidos y su análisis nos da:

a) Relación de tareas en las que interviene cada nivel profesional, clasificadas en directas e indirectas.
b) N.° de servicios y/o unidades y porcentaje de éstos en que se realiza la tarea por cada nivel profesional.
c) Tiempo medio que se invierte en la realización de la tarea cuestionada.
d) Desviación típica de los tiempos obtenidos.
e) N.° de tareas directas e indirectas que se realizan por servicio y/o unidad de hospitalización y porcentaje.
f) N.° de tareas directas e indirectas que se realizan en los turnos de mañana, tarde y noche.
g) Periodicidad en cuanto a días de la semana, incluído festivos, de la realización de tareas directas e indirectas.

Aunque en estos momentos no se ha terminado el estudio, me gustaría poderles presentar alguna de las primeras conclusiones obtenidas en su 1.ª Fase:

De los datos globales de los 464 servicios encuestados, (que por ser muy generales tienen un valor relativo comparativamente con los datos de unidades comunes) se ha obtenido:

— La Supervisora interviene en 172 tareas (105 D. y 67 I.):

Habitualmente 50 % de los servicios encuestados, realiza 12 tareas.

Frecuentemente entre el 20 y el 50 % de los servicios, realizan 21 tareas.

Ocasionalmente o poco frecuentes menos del 20 % de los servicios realiza 139 tareas.

— La Enfermera interviene en 191 tareas (124 D. y 67 I.):

Habitualmente 50 % de los servicios, realiza 25 tareas.

Frecuentemente entre el 20 y el 50 % de los servicios, realiza 47 tareas.

Ocasionalmente menos del 20 % de los servicios realiza 119 tareas.

— La auxiliar de enfermería interviene en 175 tareas (109 D. y 65 I.):

Habitualmente, realiza 23 tareas.

Frecuentemente, realiza 23 tareas.

Ocasionalmente, realiza 128 tareas.

En este estudio global se puede afirmar que en general, no existe ninguna tarea de las encuestadas, cuya realización dependa únicamente de un nivel profesional, no ocurriendo así en el estudio específico de los Servicios que son comunes, dado que al ser datos globales tienen un valor relativo si son comparados con los obtenidos por Unidades.

Las conclusiones salen por sí solas, podemos adivinar y concluir que ningún nivel profesional tiene determinadas sus actividades, igualmente aparece que tanto la Supervisora como la Auxiliar tienen un gran peso de tareas directas y las Enfermeras de indirectas...

Continuar con éste análisis escaparía del cometido de ésta charla, por tanto, sólo quiero significarles, que esperamos tener todo el informe de esta 1.ª Fase a mediados del mes de enero.

La 2.ª Fase, está planteada y diseñada para:

1. Determinar el tipo de cuidados de Enfermería (incluyendo los derivados de la atención médica) que requieren los pacientes según sus necesidades.

2. Determinar qué carga de trabajo, según las actividades y tareas de enfermería, requiera cada necesidad, estableciendo los niveles de dependencia.

Queremos que éste estudio esté totalmente finalizado en julio del año 1986, con ello podremos tener un instrumento válido que ofrecer a las Direcciones de Enfermería para la determinación y distribución del personal de Enfermería necesario en las distintas unidades, igualmente se facilitará el dimensionamiento de plantillas, servirá para establecer las necesidades de Enfermería en cuanto a preparación y medios para poder satisfacer las necesidades de los pacientes, contribuirá a la designación del cuidado del paciente por enfermera y a la determinación del Plan de Cuidados.

Sobre el Programa de Formación Continuada para la Enfermería Hospitalaria, puesto que en la jornada de ayer, fué desarrollado por D.ª Margarita Nieto, responsable del programa, sólo quiero hacer alguna consideración:

Institucionalizar la formación continuada en todos los Hospitales de la Red ha significado un esfuerzo planificador importante, así como el que haya sido reconocido y apoyado por la Consejería de Salud, con ello se reconoce el desarrollo de la función docente de la Enfermera, dotándose de un presupuesto y de recursos humanos y materiales.

El desarrollo de un programa homogéneo, ordenado y organizado en todos los Hospitales de la Red, con tres subprogramas bien diferenciados: De Orientación, de Educación en Servicio y de Reciclaje y Adiestramiento, garantiza y supone el inicio de una dinámica importante para el desarrollo de

la Enfermería en Andalucía.

Me parece destacable también la respuesta obtenida de las Jefaturas de Enfermería y el entusiasmo que han demostrado para su implantación.

Un aspecto importante a destacar del Programa de Educación en Servicio, es que por primera vez se recoge y reconoce la función educadora de las Enfermeras desarrollando la educación sanitaria del paciente y la familia, como parte importante de los cuidados de Enfermería.

Por último me referiré al Programa de Control de Calidad.

Se trata de la implantación de un sistema, que garantice la prestación de cuidados eficientes y eficaces, mediante la puesta en marcha de un Programa de Control de Calidad para la Enfermería Hospitalaria, partiendo del análisis de la realidad, con la mayor participación y concienciación de las Enfermeras que han de realizar el Programa y con la dotación a los Hospitales de los recursos necesarios que posibiliten esta implantación.

Cualquier intento de controlar la Calidad de Enfermería en los Hospitales sería poco realista si previamente no se instauran una serie de elementos que consideramos indispensables para medir la calidad de cuidados que presta enfermería. Estos elementos son:

— Registros de enfermería sistematizados.
— Manuales de normas y procedimientos.
— Definición de filosofía, política, principios y objetivos de la división de enfermería.
— Definición de la estructura de la división de enfermería.
— Definición y descripción de los puestos de trabajo.
— Gestión de personal adecuada.
— Institucionalización de Enfermería suficientemente motivado.

Del análisis de la situación realizado a través de las múltiples visitas a los Hospitales, se ha detectado que los elementos que se determinan básicos y que a nuestro juicio inciden directamente en la Calidad de Cuidados no están establecidos.

La metodología del Programa establecía la convocatoria de un Comité Asesor del Programa, dicho Comité se reunió en Sevilla a últimos del mes de mayo, definiendo qué es Calidad de Enfermería y cada uno de los elementos necesarios, y se ha elaborado un informe técnico de dicho Comité.

Actualmente estamos trabajando en la implantación en los Hospitales de estos elementos o requisitos indispensables, que esperamos poder empezar a instaurar a finales de enero, así como tener definido algunos de los standares alcanzables en el año 86, que pensamos sean pactados con cada uno de los Hospitales.

En estos últimos minutos que me restan antes de terminar, quisiera transmitirles mi opinión, por supuesto, personal, abierta a confrontaciones y sujeta a otras opiniones.

No podemos negar la evidencia del avance que la Enfermería ha experimentado en los últimos años, hacerlo significaría no reconocer el esfuerzo realizado por muchas personas, no obstante, estos avances que han sido muy importantes, podrían no significar nada, si no somos capaces de establecer las estrategias que hagan posible la consolidación de lo conseguido hasta ahora y la aproximación hacia perspectivas más amplias de desarrollo y participación que debe alcanzar Enfermería dentro del sistema de salud.

Me parece que estos momentos son difíciles y cruciales, y lo mejor es que les cite algún ejemplo.

En Andalucía se han implantado 127 Consultas de Enfermería para la atención a Crónicos en las II. AA. de la RASSSA, la evaluación demuestra claramente su utilidad, tanto en el grado de satisfacción de los usuarios como en las enfermeras que encuentran mayor motivación de su trabajo; sin embargo, ya conocen Vds., la contestación que han tenido por parte de la Organización Médico Colegial, con titulares de la prensa como este: «LOS MEDICOS QUE ACEPTEN LAS CONSULTAS DE ENFERMERIA SERAN SANCIONADOS», consideran que este tipo de consultas representan un «grave peligro» para el enfermo, al no ser atendido por «personal suficientemente cualificado», la Consejería de Salud ha respondido a la Organización Médico Colegial, diciendo que «los contenidos de las consultas son adecuados para las competencias profesionales del personal de enfermería titulado» y «que el proceso de implantación en Andalucía se lleva a buen ritmo, previéndose que en los próximos meses alcance el 40 % de la población andaluza afectada». Por tanto el asunto por el momento se ha resuelto en favor de las enfermeras.

Para la implantación del Programa de Formación Continuada, se ha tenido que escudriñar toda la legalidad vigente buscando cualquier resquicio que la posibilitara, y desde el primer proyecto de Circular en el que se decía: «Cada Hospital gestionado por la RASSSA, contará con una Unidad de Formación Continuada de Enfermería que coordinará y canalizará todas las actividades docentes de Enfermería» la redacción final de la Circular dice: «Los Hospitales gestionados por la RASSSA realizarán actividades de Formación Continuada de Personal de Enfermería» y así se podrían citar más ejemplos, los cuales nos llevan a estar inquietas y preocupadas provocando posturas reivindicativas y de discusiones bizantinas que cuanto menos dificultan y enlentecen el trabajo haciendo perder operatividad.

Creo que no se puede esperar más si queremos que estas perspectivas se afiancen y que debemos hacer por lo menos dos cosas:

Una: Exigir que las funciones de Enfermería se establezcan ya en un marco legal que posibilite el desarrollo de un Estatuto actualizado.

Exigir mayor participación en la toma de decisiones, marcando prioridades de Enfermería.

Exigir las especialidades de Enfermería.

Exigir la licenciatura de Enfermería.

Exigencias éstas que deben ser dirigidas a las instancias oficiales correspondientes y dentro de nuestro colectivo exigir a los grupos representativos que discutan y dialoguen, elaborando alternativas válidas y en consonancia con las actividades que debe desarrollar Enfermería.

Y otra: Seguir trabajando cada vez más y mejor en cualquiera de los niveles de actuación, trabajando con sistemas organizados, registrando las actuaciones de Enfermería, con procedimientos y protocolos, etc.

En definitiva se trata de avanzar en potenciar que los cuidados de los pacientes es la profesionalización y definición de la Enfermería, papel que asumimos como propio y que no necesita tutelajes, afirmación ésta que debe ser asentada en unas bases científicas y demostrables.

Espero que en las próximas sesiones, se puedan tratar temas más concretos sobre los avances que a partir de hoy se puedan ir consiguiendo, sin volver a tener que seguir con exigencias como las que he planteado.

3. PAIS VALENCIANO

JOSE RUIZ CERVERA
Asesor de Enfermería
INSALUD - VALENCIA

Quiero expresar públicamente el agradecimiento a la Junta Directiva de la A.E.E.D., por la amable invitación a participar en estas Sextas Sesiones de Trabajo de la misma, en nombre de la Enfermería de la Comunidad Autónoma Valenciana (C.A.V.) y en el mio propio.

La situación socio-política de la Sanidad en la C.A.V.,desde 1983 hasta 1985 ha sufrido una evolución que yo la dividiría en dos grandes etapas:

A.—Una primera en la que a nivel de Gobierno de la Comunidad se hallaba integrada en una Macro-Consellería compuesta por Sanidad, Trabajo y S.S., etapa en la que habría que distinguir a su vez dos momentos importantes:

1. Se daba cuando toda la Sanidad estaba integrada en la Consellería a través de una sola Dirección General de Salud.
2. El otro paso es el fruto de la creación de otra Dirección General, la de Asistencia Sanitaria.

B.—Una segunda etapa consecuencia de la remodelación del Gabinete de Gobierno de la Comunidad, en la que la Macro-Consellería de desdobla, dando lugar a una Consellería de Trabajo y Seguridad Social y otra de Sanidad y Consumo. Elevando así el peso específico de la Sanidad con la creación de una Consellería propia.

Esta segunda etapa hace aproximadamente cuatro meses que se ha realizado, y por tanto como podeis imaginar adaptar la infraestructura de dos Direcciones Generales a la de una Consellería es tarea bastante complicada, o por lo menos no fácil para poderla realizar en un corto espacio de tiempo.

A toda esta situación hay que sumarle un capítulo importante por la envergadura que representa, y es las transferencias en materia de INSALUD a la Comunidad, transferencias que se está en período de negociación y que también hay que adaptar la Consellería a esta nueva situación.

Vista la realidad de la Sanidad en nuestra Comunidad, y en pleno proceso de transformación de estructuras, es por lo que la enfermería como tal no está ya constituída ni encajada todavía dentro de la Consejellería. Me consta a nivel oficial por las conversaciones de ambas Instituciones, o sea, entre la Consellería y el INSALUD, que están abiertos a las sugerencias que les podamos hacer, y espero que sea una realidad la inclusión de la enfermería en la infraestructura de tan importante centro de decisión, a corto plazo.

No puedo por tanto ofrecer una visión global de la enfermería de la Comunidad, pero sí que estoy en disposición de exponer la situación del 69 % del personal de enfermería de la C.A.V., que en definitiva es lo que representa el INSALUD de Valencia, sin olvidar que el INSALUD es una Entidad Gestora, y con el fin de conducir el funcionamiento y la gestión del mismo, debemos de partir del conjunto de voluntades que orientan su actuación.

En primer lugar, una voluntad clara de solidaridad en el sentido de la distribución racional de R.R.H.H. y R.R.M.M.

En segundo lugar entendemos como necesario que todos los departamentos de enfermería deben de funcionar uniformemente, o sea al unísono, cuando se trate de aplicar las políticas que en materia de enfermería sean fijadas a nivel Estatal, así como las que se establezcan cuando tengamos las transferencias del INSALUD en la Comunidad.

Ante estas dos observaciones, surge cómo una necesidad en esta Dirección Provincial la creación de la Asesoría-Coordinación de Enfermería con estas dos funciones expuestas:

1.—Asesorar al Director Provincial en esta materia.

2.—Coordinar a las Direcciones de Enfermería en las dos áreas de actuación:

— Area Hospitalaria.

— Area de la Asistencia Primaria.

Así pues, si como «Estructura» definimos o entendemos: La distribución y órden de las partes o elementos de un órgano o sistema, y como «Sistema»: El conjunto de elementos interrelacionados en una materia determinada; de la suma de ambas definiciones y de su desarrollo obtendremos o alcanzaremos el objetivo marcado en esta Mesa Redonda cual es exponer «Estructura del Sistema de personal de enfermería: Perspectivas autonómicas».

A.—En primer lugar «Conjunto de elementos interrelacionados».

A.1.—Enfermería Titulada; para su desarrollo la dividiremos en tres niveles:

— Enfermera/o base.

— Enfermera/o Supervisora/or.

— Directora/or Enfermería.

A.2.—Auxiliares de Enfermería.

B.—En segundo lugar «distribución y órden de los elementos del Sistema».

B.1.—En cuanto a la distribución hay que distinguir las dos grandes áreas anteriormente citadas:

B.1.1.—Area Hospitalaria.

B.1.2.—Area de la Asistencia Primaria.

B.1.1.—El Campo Hospitalario está compuesto por ocho Hospitales repartidos por la geografía provincial, y cuya relación, n.° camas, n.° enfermería titulada y n.° de Auxiliares de Enfermería paso a exponer:

	ENFERM. TITULADA	AUXIL. ENFERM.	CAMAS
LA FE + 1000	1972 1/cama	1428 0,73/c.	1.954
CLINICO entre 500-1000	666 0,87/c.	386 0,51/c.	759
PESET entre 250-500	327 0,85/c.	201 0,52/c.	381
A. VILANOVA entre 250-500	227 0,70/c.	201 0,62/c.	320
SAGUNTO entre 250-500	213 0,78/c.	182 0,66/c.	272
XATIVA entre 250/500	197 0,78/c.	168 0,67/c.	250
GANDIA — 250	140 0,83/c.	119 0,70/c.	168
REQUENA — 250	24 0,60/c.	16 0,40/c.	40
TOTAL	3766 0,91/c.	2701 0,65/c.	4.122

B.1.2.—El Campo de la Asistencia Primaria está formado por Cuatro Sectoriales de Ambulatorios que agrupan un tutal de 58 Instituciones, y cuya relación de personal de Enfermería es:

	ENFERM. TITULADA	AUXIL. ENFERM.	INSTIT.
I SECTORIAL	213	38	18
II SECTORIAL	208	37	13
III SECTORIAL	151	32	15
IV SECTORIAL	139	31	12
TOTAL	711	138	58

B.2.—En cuanto al orden o características hay que distinguir también los dos subsistemas anteriormente mencionados:

B.2.1.—El Hospitalario, cuyas características de los elementos en él integrados son, vistos desde tres apartados (plantilla global, % de enfermería titulada, y % de Auxiliares de enfermería), las siguientes:

HOSPITALES	PLANTILL GLOBAL	% ENFERM. TITULADA	% AUXIL. ENFERMERIA
LA FE (+ 100)	3.490	59,09	40,91
CLINICO (+ 500)	1.052	63,31	36,69
PESET (250-500)	528	61,94	38,06
A. VILANOVA (250-500)	428	53,04	46,96
SAGUNTO (250-500)	395	53,93	46,07
XATIVA (250-500)	365	53,98	46,02
GANDIA (— 250)	259	54,06	45,94
REQUENA (— 250)	40	60	40

Según los niveles establecidos dentro de la enfermería titulada, tenemos expresados también porcentualmente, ya que nos dá una visión de conjunto más aproximada, los siguientes:

HOSPITALES	% DIREC. ENFERM.	% SUPER. VISION	% ENFERM. BASE
LA FE (+ 1000)	0,80	6,33	92,87
CLINICO (+ 500)	0,75	8,10	91,15
PESET (250-500)	0,91	7,33	91,75
A. VILANOVA (250-500)	1,32	9,25	89,43
SAGUNTO (250-500)	1,40	7,98	90,62
XATIVA (250-500)	1,52	7,61	90,87
GANDIA (— 250)	2,14	7,85	90,01
REQUENA (— 250)	4,16	4,16	91,68

B.2.2.—En el de la Asistencia Primaria se puede resumir porcentualmente la Enfermería Titulada Auxiliar de Enfermería, como sigue:

	PLANTILL GLOBAL	% ENFERM. TITULADA	% AUXIL. ENFERM.
I SECTOR	251	85	15
II SECTOR	245	80	20
III SECTOR	183	87	13
IV SECTOR	170	82	18

El nivel de formación post-gradual de la Enfermería Titulada medida por la realización de alguna especialidad, expresado porcentualmente es:

	I SECTOR	II SECTOR	III SECTOR	IV SECTOR
% CON ESPECIALIDAD	27	26	23	12
% SIN ESPECIALIDAD	73	74	77	88

Por puestos de trabajo nos encontramos con:

Sectoriales

Puestos Trabajo	I SECTOR	II SECTOR	III SECTOR	IV SECTOR
% Direc. Enf.	8,9	8,17	7,28	7,19
% Consultorios	48,1	52,83	45,72	56,12
% Ambulatorios	43	39	47	36,69

Y con una previsión de jubilación para los próximos quince años, o sea, hasta el año 2000, de 217 personal distribuidas como sigue:

A.P.D. + ZONA	97
Matronas	14
Resto Enfermería	89
Aux. Enfermería	17
TOTAL	217

De las cuales, y distribuidas por grupos de cinco años tenemos el siguiente resultado:

AÑOS			% PLANTILLA
1986	-	1990	17,52
1991	-	1995	32,72
1996	-	2000	49,76

Estas son, a grandes rasgos, las características y distribución del 69 % de la Enfermería de la C.A.V. según las definiciones que he empleado al inicio de la exposición.

No obstante, y para acabar mi intervención, me gustaría hacer incapié en cuatro puntos básicos para la evolución de la enfermería en nuestro país, y que debemos de prepararnos concienzudamente, porque de ellos depende en gran medida nuestro futuro profesional, en el campo del cuidado al enfermo, que en definitiva es el «leif motiv» de nuestra profesión. Estos cuatro puntos son:

1.—La introducción del personal técnico en nuestras Instituciones.

2.—La futura Ley de Especialidades.

3.—La Ley General de Sanidad.

4.—La incorporación de España a la Comunidad Económica Europea.

Pienso que este foro en el que nos hemos dado cita gracias a la A.E.E.D. tiene que continuar sirviendo de motor de cambio en la profesión, y no permitir que por determinados intereses quieran llevar a nuestro colectivo hacia unos objetivos que nos apartarían ostensiblemente de la trayectoria que impera a nivel mundial y que ha sido reconocida por el propio Director General de la O.M.S., Dr. MAHLER en una entrevista realizada por la revista «Salud Mundial» de julio de 1985, y de la que hago mías dos de sus frases, entendiendo los contenidos de las mismas como objetivos que algunos ya nos hemos marcado, pero que otros compañeros parece ser que no lo entienden. Las frases a las que hago referencia son:

«Las enfermeras se convertirán en recursos para la población más que recursos para los médicos, y participarán más activamente en la educación de la población en materia de salud».

«Es imperativo que se adistre a un número suficiente de enfermeras para que puedan asumir una mayor función administrativa y participar en la **elaboración de las políticas** con seguridad y confianza en sí mismas. Deberemos aumentar nuestro apoyo para facilitarles la adquisición de los necesarios conocimientos en materia de gestión.

COMUNICACIONES

Comunicaciones:

I. *Interrelación Escuela-Hospital. Experiencia en Formación Continuada.*

II. *Integración del alumno en el Hospital.*

III. *Función de la Enfermería en la Asistencia Primaria con respecto al estudio y modificación de factores de riesgo de las crisis hipertensivas.*

IV. *Funciones de Enfermería en Atención Primaria de Salud.*

V. *La Enfermería en la Asistencia Pública Domiciliaria: situación actual y perspectivas.*

VI. *La encuesta epidemiológica, instrumento de trabajo para la visita domiciliaria de Enfermería en la Asistencia Primaria de Salud.*

VII. *Metodología de trabajo en la consulta de Enfermería.*

VIII. *Enfermería como líder en la educación para la salud.*

IX. *Experiencia docente de Enfermería en Atención Primaria de Salud.*

X. *La Enfermería ante la infección nosocomial.*

XI. *La docencia y los Centros de Salud.*

XII. *El baile del cepillo. «El subsistema en Atención Primaria: El papel de la enfermera en los Centros de Salud».*

XIII. *La formación continuada de Enfermería y el nuevo modelo de gestión.*

XIV. *El directivo de Enfermería como promotor de cambio.*

XV. *Evolución del programa de la asignatura de Enfermería Médico-Quirúrgica.*

XVI. *Evolución del control y evaluación de las prácticas de Enfermería Médico-Quirúrgica en la E.U.E. Barcelona.*

XVII. *Proceso de elaboración de escalas de conducta para la evaluación de actitudes y aptitudes del alumno durante el período de prácticas.*

XVIII. *Una experiencia en la atención personalizada al alumno.*

XIX. *«Perfil administativo, docente y de investigación de las EE.UU.EE. del distrito universitario de Valencia».*

XX. *La imagen del profesional de Enfermería a través de los alumnos. Un estudio con la técnica del diferencial semántico.*

1.ª COMUNICACION

INTERRELACION ESCUELA-HOSPITAL

EXPERIENCIA EN FORMACION CONTINUADA

Elaborado por:

ROSA M.ª BLASCO SANTAMARIA
Directora de la E.U.E., Universidad de Barcelona.

M.ª LUISA GONZALEZ CABEZAS
Directora de Enfermería, Hospital Clínico y Provincial, Barcelona.

M.ª PILAR ANTON ALMENARA
LIDON BARRANCHINA BELLES
Profesoras de la E.U.E., Universidad de Barcelona.

M.ª VICTORIA NAVARRO GOMEZ
Enfermera Supervisora, Hospital Clínico y Provincial, Barcelona.

INTERRELACION ESCUELA-HOSPITAL: UNA EXPERIENCIA EN FORMACION CONTINUADA

El nacimiento de la sociedad post-industrial conlleva cambios significativos en la concepción, el alcance y el significado de la educación.

La creciente presión de los nuevos descubrimientos, obliga a admitir que en la actualidad es imposible a la Universidad y por tanto, a las Facultades y Escuelas, preparar completamente y de forma definitiva a los futuros profesionales. La educación tiende a ser «un proceso continuo que se escalona a lo largo de toda la vida».

Teniendo en cuenta lo expuesto, vemos que esto sólo lo podremos conseguir a través de la formación continuada y por tanto y ante ello, debemos preguntarnos ¿Qué es la formación continuada?.

El Consejo Internacional de Enfermeras dice: «La educación permanente es el proceso de Enseñanza-Aprendizaje activo y permanente que se inicia al terminar la formción básica y está destinada a actualizar y mejorar la capacitación de una persona o grupo frente a la evolución científico-tecnológica, a las necesidades sociales... y a los intereses y aspiraciones de los individuos, para lograr su desarrollo personal».

Para poder llevar a cabo de forma eficaz y lógica la formación continuada al personal de enfermería distribuido en diversos centros, es necesario que cada uno de estos cuente con un equipo dedicado exclusivamente a la planificación de la formación continuada. Este equipo debería contar con la colaboración de profesores de las Escuelas Universitarias de Enfermería, con el fin de que exista una continuidad con los conocimientos recibidos en el curriculum básico. Al mismo tiempo con la colaboración Hopital-Escuela se obtiene un mejor aprovechamiento de los recursos humanos y materiales.

Bajo estas premisas la Dirección de Enfermería del Hospital Clínico y Provincial de Barcelona se planteó la necesidad de impartir un curso de for-

mación continuada dirigido al personal de enfermería, para lo cual pidió colaboración a la Dirección de la Esceula de Enfermería de la Universidad de Barcelona. Ambas Direcciones designaron a dos coordinadoras, una del Hospital y otra de la Escuela, para la organización y planificación del mencionado curso, cuya experiencia exponemos a continuación.

Este curso se organizó con la finalidad de promocionar a un grupo del personal de enfermería, perteneciente a la plantilla del Hospital, que presta sus servicios como Auxiliares de Clínica y están en posesión del título de Ayudante Técnico Sanitario o Diplomado en Enfermería, actualizando sus conocimientos para poder optar a una plaza de enfermera/o.

El primer paso en el planteamiento de este curso fue la realización de una encuesta con la finalidad de recoger datos sobre el nivel de conocimientos que poseía cada una de las personas que iban a acceder a él.

Al valorar los resultados obtenidos en la encuesta se constataron diferencias notables en el nivel de conocimientos. Sobre 106 personas encuestadas los resultados obtenidos fueron los siguientes:

AÑO EN QUE FINALIZARON LOS ESTUDIOS DE ENFERMERIA

	A.T.S.	DIPLOMADO
1974	1	
1975	6	
1976	1	
1977	5	
1978	11	
1979	32	
1980	25	1
1981	11	1
1982	3	5
1983		4

NIVELES ACADEMICOS DE LOS ASISTENTES AL CURSO

Graduado Escolar	22
Formación Profesional	7
Bachillerato Elemental	22
Bachillerato Superior	55

(De estos 55, hay 22 personas que han cursado o están cursando actualmente otras carreras universitarias).

TITULACION ACADEMICA DE LOS ESTUDIOS DE ENFERMERIA

A.T.S.	96
A.T.S. con curso de Nivelación	45
Diplomado en Enfermería	10

ESPECIALIDADES CURSADAS POR LOS ASISTENTES

Radiología	5
Pediatría	20
Matrona	1
Análisis clínicos	4
Psiquiatría	6
Fisioterapia	3
Podología	2

Dada la gran diversidad de formación con que nos encontramos al evaluar la encuesta, y ante la imposibilidad de programar diferentes cursos que respondieran a las necesidades de cada grupo en función de los niveles observados, optamos por organizar un solo curso con el objetivo de:

«Actualizar los conocimientos previos adquiridos y familiarizarles en el manejo de una metodología apropiada para el campo de la enfermería».

Los contenidos del curso se han estructurado en función de las necesidades básicas del individuo, incluyendo los factores biológicos, psicológicos y socio-culturales que pueden influir en cada una de ellas, dando una visión integral del individuo.

Con el fin de aplicar correctamente los cuidados de enfermería a pacientes en situaciones concretas, se han impartido conocimientos sobre conceptos fundamentales, que incluyen, las diferentes tendencias y modelos de enfermería y el estudio de una metodología científica, asímismo se han recordado los conocimientos sobre: Anatomo-fisiología, fisiopatología y farmacología, que consideramos básicos para la planificación de los cuidados de enfermería y que se han ido desarrollando en cada una de las siguientes Unidades:

UNIDAD 1 Necesidad de oxigenación
UNIDAD 2 Necesidad de nutrición
UNIDAD 3 Necesidad de Eliminación
UNIDAD 4 Necesidad de Movimiento
UNIDAD 5 Necesidad de comodidad, reposo, sueño y alivio del dolor
UNIDAD 6 Necesidad de higiene
UNIDAD 7 Necesidad de seguridad

Este curso se ha desarrollado a lo largo de cinco meses con una duración de 120 horas, que se han distribuido de la siguiente forma:

Anatomo-fisiología	20 horas
Fisiopatología	25 horas
Farmacología	26 horas
Cuidados de enfermería	49 horas

La Anatomo-fisiología, fisiopatología y farmacología se han impartido en clases magistrales a todo el grupo de alumnos. Los Cuidados de enfermería se han impartido en grupos reducidos, de un máximo de 15 personas por grupo. Todas las clases han sido impartidas por enfermeras/os a excepción de Farmacología que ha sido impartida por un farmacéutico.

Los seminarios de enfermería se han elaborado de forma que sea el propio alumno el que a partir de una recogida de datos de un paciente, detecte los problemas que alteran cada una de las necesidades básicas, realice una valoración y planifique los cuidados de enfermería en base a unos objetivos previamente planteados.

Dado que esta metodología de trabajo resulta nueva para estos profesionales, su implantación se ha hecho de forma progresiva en tres etapas, con el fin de que fueran familiarizándose con este nuevo sistema de trabajo, hasta conseguir una máxima comprensión y una adecuada utilización del método.

PRIMERA ETAPA

Los primeros seminarios se desarrollaban de forma que al alumno se le entregaba la recogida de datos distribuida por necesidades atendiendo en cada una de ellas, los aspectos biológicos, hábitos del paciente, aspecto emocional y entorno, al mismo tiempo se le facilitaba la lista de problemas detectados y los objetivos a alcanzar. En esta primera etapa el alumno, debía priorizar los problemas, realizando el diagnóstico de enfermería y marcando las actividades necesarias para la consecución de los objetivos.

SEGUNDA ETAPA

En una segunda etapa al alumno se le entregaba únicamente la recogida de datos por necesidades tal como se ha explicado anteriormente y la lista de problemas detectados, siendo el alumno el que tras realizar el diagnóstico de enfermería, formulaba los objetivos y planificaba las acciones que debían llevarse a cabo.

TERCERA ETAPA

Finalmente, en una última etapa al alumno se le entrega el impreso de una historia de enfermería, de forma que sea él mismo, quien realice la recogida de datos, siendo el profesor el que actúa como enfermo.

De esta forma distribuyen los datos en cada una de las necesidades y siguen el desarrollo del plan de acción.

El plan de cuidados en la tercera etapa abarca varios días en la evolución del paciente, de forma que pueda evaluarse la actuación de enfermería, viendo si alguno de los problemas iniciales se han solucionado y si han aparecido otros nuevos.

Independientemente de estos seminarios que se han desarrollado a lo largo del curso se ha realizado otro tipo de actividades, como son: Proyecciones de películas relativas a temas concretos y de interés, clases prácticas sobre algunas técnicas específicas y clases magistrales sobre algunos temas, entre ellos:

— Principios básicos sobre la nutrición y dietética.

— Cuidados de enfermería a pacientes ostomizados.

— Cuidados de enfermería a pacientes sometidos a terapéuticas sustitutivas de la función renal.

A lo largo del desarrollo de este curso, hemos realizado una evaluación sobre el mismo, que nos ha servido de experiencia para el planteamiento de nuevos cursos de formación continuada. Esta evaluación se ha realizado mediante una encuesta a los asistentes al curso. Los aspectos valorados han sido los siguientes:

— Diversidad de profesorado en cuanto a número.

— Adecuación de los contenidos.

— Metodología utilizada.

— Medios audiovisuales.

— Duración y distribución horaria del curso.

— Utilidad del modelo de cuidados aprendido.

De los resultados de la encuesta se destaca que:

El 78 % han considerado positivo el que los contenidos hayan sido impartidos por varios profesores, siendo el 22 % que considera que no afecta para la comprensión de los contenidos del curso, no habiendo ninguna respuesta negativa.

En cuanto a los contenidos un 64 % los ha considerado adecuados, un 15 % excesivos, aquí queremos señalar que la casi totalidad de este tanto por ciento está referido a los contenidos de Farmacología, el 18 % los ha considerado insuficientes referidos en su mayoría a los contenidos de enfermería, el 3 % restante no contesta.

Acerca de la metodología utilizada, el 89 % la considera positiva, a un 5 % le es indiferente y el 6 % restante no contesta.

Referente a la utilidad del modelo de cuidados aprendido el 90 % considera que es factible su aplicación en la práctica diaria, el 10 % restante no contesta.

Los resultados de esta encuesta, se tendrán en cuenta a la hora de la organización y planificación de futuros cursos. No obstante la evaluación real vendrá dada por el seguimiento de los asistentes en su actividad profesional diaria.

Pensamos que este curso supone no solamente, un paso más en la Formación continuada, sino que además favorece la interrelación Hospital-Escuela, ya que consideramos que es imprescindible la formulación de objetivos comunes para que la enfermería siga avanzando en una misma línea.

INTRODUCCION

Una de las grandes preocupaciones que se le plantean al profesorado de enfermería, cuando programa sus actividades para cada curso, es lograr para los alumnos el lugar idóneo para la realización de las prácticas hospitalarias.

Esta preocupación, es compartida por el alumnado, que espera con inquietud conocer los servicios que le serán asignados, para adquirir los conocimientos y experiencias prácticas de su curriculum básico.

Pensamos que es necesario, la existencia de una estrecha colaboración y coordinación, entre los profesionales de enfermería de las escuelas y los del medio hospitalario, para que el alumno consiga alcanzar su objetivo final: Adquirir una formación integral.

Las escuelas de enfermería tienen como fin principal, conseguir esta formación para el alumno, pero también es misión suya, ayudar a mantener en su más alto nivel los servicios que enfermería presta a la comunidad, siendo como el motor que impulse o introduzca, los cambios necesarios para adecuar nuestros conocimientos y actitudes a las necesidades de la sociedad en el momento actual.

Los profesionales de enfermería dedicados principalmente a la asistencia, deben tener asumida su función docente, estando dispuestos para adoptar nuevos criterios de actuación y abriéndose a corrientes renovadoras, colaborando de este modo en la formación del alumnado y consiguiendo así transmitir al estudiante, desde su primer contacto con la profesión, un concepto claro de lo que es enfermería, arraigando en él, el convencimiento de tener identidad.

El estudiante irá conociendo cual será su posición en el equipo interdisciplinario del sistema sanitario, cuales serán sus funciones y cual será el alcance real de su profesión.