



# SEAPA

## SOCIEDAD DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA ASTURIAS

BOLETÍN DE INFORMACIÓN • AÑO IV • OCTUBRE 2005

### SUMARIO

*Editorial*  
**pág. 2-3**

*Horizontes de la Enfermería Española en 2005. A propósito de las Especialidades. Presentación de Kike Oltra. 20 de junio del 2005*

**pág. 4-7**

*Entrevista con María Loreto Macía Soler. Directora de la EUE de la Universidad de Alicante*

**pág. 8-9**

*I Congreso Internacional de Enfermería Comunitaria. Discursos de la ministra de Sanidad, del presidente de FAECAP y de la presidenta de SEMAP*

**pág. 10-15**

*Comunicación y póster. Ganadores del primer premio*

**pág. 16-19**

*Conclusiones del Congreso*

**pág. 20-21**

*Resultado del proceso de implantación de la metodología enfermera en un área de salud*

**pág. 22-23**

## I CONGRESO INTERNACIONAL DE ENFERMERÍA COMUNITARIA

MADRID, 22 a 24 de septiembre de 2005





## SEAPA

**SOCIEDAD DE ENFERMERÍA DE  
ATENCIÓN PRIMARIA ASTURIAS**

Sociedad miembro de FAECAP  
(Federación de Asociaciones de  
Enfermería Comunitaria y  
Atención Primaria)

**BOLETÍN DE INFORMACIÓN**  
**Año IV • Octubre 2005**

**EDITA:** SEAPA.  
Sociedad de Enfermería de  
Atención Primaria de Asturias

**Dirección:** Apartado de  
Correos 898 - 33080 Oviedo

**Teléfono:** 679 214 378

**E-mail:** secretaria@seapaonline.org

**Web:** www.seapaonline.org

**Coordinador del boletín:**  
Rosendo Argüelles

**D.L.:** AS-664/2002

**Imprime:** Grafinsa (Oviedo)

**S**on muchos los acontecimientos vividos por la enfermería comunitaria desde nuestro último Boletín, y en algunos casos muy trascendentes para el futuro profesional de las enfermeras/os comunitarias/os. De todos ellos, sin ningún género de dudas hay dos que se eligen como más importantes: por un lado la aprobación del anhelado Decreto de Especialidades de Enfermería, incluyendo la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria como una de las siete que se crean, y por otro lado la celebración del 1.º Congreso Internacional de Enfermería Comunitaria.

### ESPECIALIDAD

Tras múltiples avatares, anteproyectos, promesas y contrapromesas, una antigua reivindicación de muchos años, en la que mucha gente ha empeñado esfuerzo y trabajo, ha visto al fin la luz. En todo este proceso ha sido determinante el papel jugado por la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP) y las distintas Sociedades que la componen, entre las que se encuentra SEAPA. El tesón y la voluntad de todos ha hecho posible no sólo la culminación del proceso, sino también la inclusión de la Enfermería Familiar y Comunitaria como una especialidad con un peso específico muy importante.

No cabría entender una regulación de las especialidades enfermeras sin una especialidad que por la complejidad y especificidad de los cuidados que asume para los ciudadanos, familias y grupos precisa del reconocimiento y regulación necesaria para afrontar dichos cuidados con mejores niveles de calidad científica y técnica y con metodología propia. En estos términos de calidad y mejora del sistema es como también debe entenderse el Real Decreto 450/2005 de 22 de abril sobre Especialidades de Enfermería: no sólo constituye una buena noticia para los profesionales, sino que también lo es para los ciudadanos en cuanto mejora de los cuidados enfermeros que reciben.



Es en esta misma clave de calidad y mejora del sistema en la que no renunciamos y seguimos planteando antiguas reivindicaciones como la libre elección de enfermera (ya asumida por algunas Comunidades como Madrid y que en Asturias continúa sin ser desarrollada), la promoción y educación para la salud y las actividades comunitarias, como futuros elementos a regular con una apuesta clara a nivel institucional que potencie las actividades y el papel que las enfermeras comunitarias deben desempeñar en ellas.

Los retos continúan estando presentes. La especialidad debe ahora desarrollarse con sensatez y con la mayor celeridad posible, pero también con valentía: de muy poco serviría el marco legal si no existe también una apuesta clara y decidida para llevarla a cabo y la dotación presupuestaria necesaria para la formación de los EIR (enfermeros internos residentes) que el sistema sanitario necesite.

### **CONGRESO**

Como segundo acontecimiento importante, habíamos mencionado la celebración en Madrid del 22 al 24 de septiembre del pasado año del Primer Congreso Internacional de Enfermería Comunitaria.

Un acontecimiento de la importancia de un Congreso Internacional como es éste, sólo puede entenderse desde el grado de desarrollo y bagaje de las distintas sociedades que conforman FAECAP. Tanto el éxito de participación —más de 1200 participantes—, como el éxito científico —más de 350 comunicaciones— y la alta calidad de las mismas son una buena muestra de ello. Desde SEAPA hemos contribuido al desarrollo y calidad del mismo en una parte importante. Como muestra de ello la participación de más de 100 congresistas, muchos de los cuales viajaron con nosotros en el autobús que gratuitamente puso a disposición de los socios la Sociedad. La presentación de una veintena de comunicaciones y pósters y la participación activa de distintos socios en las actividades del Congreso avalan dicha afirmación.

Mención aparte merece el magnífico trabajo desarrollado por las dos socias de SEAPA que formaron parte de los distintos comités: Marta González Pisano, como secretaria del Comité Organizador y Rosario García Cañedo en el Comité Científico; nuestra felicitación y agradecimiento por su trabajo. Al mismo tiempo queremos hacer extensiva esa felicitación a los distintos miembros de los comités representados por Raúl García Vallejo, que ha sido el aglutinador de todo como presidente del Congreso.

Un éxito que marca un antes y un después de la enfermería comunitaria en España, al que hay que añadir la importante difusión obtenida por el acontecimiento de la que es buena muestra la inauguración realizada por la ministra de Sanidad con un discurso inaugural con importantes mensajes para el futuro de la enfermería comunitaria que podéis consultar íntegramente en nuestra página web ([www.seapaonline.org](http://www.seapaonline.org)).

En esta clave de unión de distintos esfuerzos es como se consigue que vayamos avanzando y logrando las distintas metas. Con el esfuerzo desinteresado de muchas personas que con sus disponibilidades y capacidades en cada momento van sumando. Un ejemplo más de todo esto es nuestra compañera Fernanda Cifuentes, anterior presidenta y anterior delegada para tabaquismo/CNPT de FAECAP. Al producirse el relevo en dicha delegación ha recibido la unánime felicitación de todas las sociedades por el excelente trabajo realizado, lo que compartimos y nos enorgullece al tratarse de una de nuestras socias, al tiempo que le deseamos a Josep Sánchez, su continuador, los mismos éxitos.

Animaros por tanto a seguir los ejemplos mencionados, aportando cada uno algo de su tiempo y de sus capacidades participando en los distintos grupos de trabajo, actividades y junta directiva de la Sociedad. Sólo de esta manera podremos continuar la labor de mejora y crecimiento profesional que todos compartimos.

Un cordial saludo.

EMILIO VELASCO  
Presidente de SEAPA

# Horizontes de la enfermería española en 2005. A propósito del nuevo Real Decreto de Especialidades

## EXTRACTO DE LA SESIÓN INFORMATIVA DE SEAPA IMPARTIDA EL 28 DE JUNIO DEL 2005 POR ENRIQUE OLTRA

*Desde tiempos remotos, las profesiones precursoras de la actual enfermería (sangradores, ministrantes, parteras, practicantes...) han tenido como constante la búsqueda y difusión del conocimiento en que basar sus actuaciones, para desterrar las "cosas de brujas y de viejas"*

### INTRODUCCIÓN:

Hace solamente 5 años y en una Jornada organizada por SEAPA nuestra querida Berta Sanchís (enfermera del Ministerio de Sanidad) nos expuso la situación del momento respecto a las especialidades de enfermería, nos definía dicha situación con una fotografía de Anne Geddes totalmente ilustrativa en la que en una inquietante nebulosa en blanco y negro se veía un bebé-caracol dormido y al borde del abismo.

Realmente en aquel momento la situación era de completa desesperanza.

Hoy, cinco años más tarde se atisba un futuro con algo más de color, ilusión y esperanza.

¿Qué es lo que a pasado en estos últimos cinco años que ha hecho cambiar la situación de la profesión?

Se han promulgado:

- La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (mayo 2003)
- La Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (noviembre 2003)
- El Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud (diciembre 2003)
- Los Reales Decretos por los que se regulan los estudios universitarios oficiales de Grado y Postgrado (enero 2005)
- El Real Decreto sobre Especialidades de Enfermería (abril 2005)

En definitiva, un buen quinquenio en el que se han sentado las bases legales sobre las que "se puede" desarrollar la profesión enfermera. Siendo conscientes que la promulgación de las citadas leyes, en si misma no modifica *per se* el día a día de la profesión y de los profesionales.

Estas nuevas expectativas que firmemente se están abriendo nos producen una gran y merecida satisfacción, pero ¿por qué nos satisface tanto?, ¿tan poco significaba la enfermería anteriormente? ¿No aportaba lo suficiente a la salud de los ciudadanos y al sistema sanitario? ¿Tan grande era el infierno que venían viviendo las enfermeras?... y otras tantas preguntas que nos pueden asaltar cuando analizamos la situación.

Antes de entrar en lo que suponen las nuevas normativas, permítaseme que trate de dar un par de someras pinceladas que inicien la respuesta a alguno de los interrogantes planteados, sin pretensiones de alcanzar gran profundidad, trataremos de contestar utilizando lo que Rosa María Alberdi acuñó como "la memoria que construye".

### PARTE PRIMERA:

#### ¿VIENE LA ENFERMERÍA DE UNA LARGA TRAVESÍA POR EL DESIERTO?

Respecto a si es mejor la enfermera actual que la de antes, M.<sup>ª</sup> Paz Mompert dice "Las enfermeras universitarias de hoy no

son mejores ni peores que las antiguas, son justamente las de hoy".

Ayer y hoy la enfermera ofreció y ofrece cuidados de enfermería con la máxima calidad posible en cada momento y con satisfacción para el usuario, siendo una de las constantes históricas el compromiso con las personas y la fidelidad con el sistema en el que impartía los cuidados enfermeros.

Respecto a la calidad, recordar que desde tiempos remotos, las profesiones precursoras de la actual enfermería (sangradores, ministrantes, parteras, practicantes...) han tenido como constante la búsqueda y difusión del conocimiento en que basar sus actuaciones, para desterrar las "cosas de brujas y de viejas" como consta en alguno de los escritos y manuales que se conocen, así en el *Directorio de Enfermeros*, escrito por el barbero sangrador Simón López en 1651 se describen con gran minuciosidad las tareas, funciones, técnicas y conocimientos sobre distintas materias de la práctica que se realizaba en aquel entonces.

En la *Instrucción de Enfermeros* (Orden de los Hermanos Enfermeros Obregonos), editada en 1634, se pueden leer normas como la que dice:

"Acompañarán a los Médicos quando visitaren a los enfermos... y viendo que son descuidados en acudir a las visitas a sus horas, o que visitan con priesa, lo dirán a

los Hermanos Mayores, para que hagan poner en ello remedio, para que no padezcan los enfermos; y lo mismo harán con los Cirujanos y los Barberos, y hallando que no hacen bien su oficio, procuren que se traigan otros, y adviertan a los Barberos, que miren como sangran, para que no salgan mancos del hospital los pobres”

También se era capaz de detectar mermas en la calidad de atención causada por las circunstancias, como cuando en 1594 las *Ordenanzas* del Principado de Asturias hubieron de autorizar el ejercicio de intrusos que, de buena fe y gratuitamente, supliesen la carencia de personal facultado, es decir el ejercicio de los que “se quitan unos a otros el cavello y hacen la barva, y toman la sangre de las heridas y descalbraduras, por no haber barvero ni ceruxano examinados para ello”.

En la actualidad los indicadores muestran unos altos resultados de satisfacción en cuantos estudios se realizan, como ejemplo mencionar que en el Barómetro Sanitario de 2003, la asistencia de enfermería en hospitales públicos es valorada con una media de 7,04, un 60% de los usuarios encuestados la puntuaban entre 7 y 10, siendo la profesión mejor valorada.

En el estudio de satisfacción de pacientes realizado por la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias en las ocho áreas sanitarias durante el cuarto trimestre de 2004 se observan las siguientes puntuaciones (sobre 100 puntos de máximo).

	<b>Enfermeras Atención Especializada</b>	<b>Enfermeras Atención Primaria</b>
Puntuación global	79,3	79,4
Amabilidad y cortesía	81,3	79,8
Eficacia y resolución	79,5	78,8

Abundando en reconocimientos, cabe recordar la gran acogida que las enfermeras españolas están teniendo en países de nuestro entorno, siendo especialmente valorada su formación y su capacidad resolutive.

Por todo ello no parece descabellado concluir que la enfermería actual ante la que se abre un prometedor futuro, no viene de una “larga travesía por el desierto”. Aunque por razones, muchas de ellas reales y de peso, en las que no vamos a entrar por no ser objetivo de esta sesión, las propias enfermeras en muchas ocasiones nos sentimos “abrasadas en mitad de las arenas”, decepcionadas, desmotivadas, faltas de reconocimiento, no bien tratadas...

## **PARTE SEGUNDA: EL ILUSIONANTE SIGLO XXI.**

Plantearemos este escenario ilusionante en base a las nuevas realidades:

- El reconocimiento profesional de la enfermería recogido en la LOPS.
- El que las enfermeras ya podamos acceder al más alto grado académico, el doctorado, lo cual se traduce en dirigir las riendas de la formación que recobrará la identidad propia e investigar en cuidados, y en definitiva que la profesión enfermera profundice y ofrezca mejores cuidados.
- El que las enfermeras podamos acceder a la especialización, lo que significa que cada una pueda profundizar en los cuidados a los que se dedica con más especificidad.

En estos dos últimos puntos nos detendremos más adelante.

En la LOPS en sus artículos 2 y 7, se nos reconoce como profesión independiente e interdependiente en el concierto de las profesiones de la salud.

“El ejercicio de las profesiones sanitarias (y la enfermería es reconocida como tal) se llevará a cabo con plena autonomía técnica y científica, sin más limitaciones que las establecidas en esta Ley y por los demás principios y valores contenidos en el ordenamiento jurídico y deontológico”.

“Corresponde a los Diplomados Universitarios en Enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades”.

## **PARTE TERCERA: LOS NUEVOS ESTUDIOS DE POSTGRADO**

La adaptación del Sistema Universitario Español al Espacio Europeo de Educación Superior (Declaración de Bolonia 1999), entre otros beneficios, aporta la tan reivindicada apertura a la profesión enfermera de los más altos niveles académicos, lo cual es una realidad desde hace mucho tiempo en países de nuestro entorno.

En el Real Decreto 55/2005, de 21 de enero se establece la estructura de las enseñanzas universitarias y se regulan los estudios universitarios oficiales de Grado. En el Real Decreto 56/2005, de 21

de enero se regulan los estudios universitarios oficiales de Postgrado.

La estructura académica queda dividida, para todo tipo de estudios y carreras, en Grado, Master y Doctorado, desapareciendo la acepción de licenciatura.

El Grado tendrá una duración variable, generalmente entre 180 y 240 créditos (3 ó 4 años) y el Master completará los créditos complementarios necesarios hasta alcanzar los 300 que se exigen para acceder al doctorado. Enfermería cumple actualmente los 180 créditos de Grado, por lo que precisaría completar con 120 créditos más en el Master para acceder al Doctorado.

Actualmente hay algunas voces que reivindican aumentar los estudios de enfermería básicos o de Grado a 240 créditos (4 años) y otras que defienden dejarlo en 180 por la eficacia y la eficiencia demostradas hasta el momento.

También otras voces corporativas han llegado a adjudicarse como propio el éxito de este avance hacia la “licenciatura”, llegando incluso y de forma propagandística a decir que todas las enfermeras “seremos licenciadas”. La realidad es que ni las enfermeras ni otros profesionales van a ser licenciadas, por la sencilla razón de que esta titulación desaparece.

La actual Diplomatura nos sitúa en el nivel de Grado, lo cual nos capacita para trabajar como enfermeras y nos abre la puerta al Doctorado, realizando previamente el Master con el número preciso de créditos complementarios.

Sería injusto no brindar un recuerdo y reconocimiento a esas ocho Escuelas de Enfermería que desde diversas Universidades del País han realizado una apuesta muy valiosa y valiente ofreciendo desde hace ya algunos años, mediante convenios con otras universidades europeas, el Segundo Ciclo de Enfermería (Master) al que ya han accedido más de un millar de enfermeras españolas, algunas de las cuales han realizado o están realizando sus doctorados.

## **PARTE CUARTA: LAS ESPECIALIDADES EN ENFERMERÍA.**

### **Historia:**

En diciembre de 1953 el Decreto que regula los estudios de ATS faculta al Ministerio de Educación y Ciencia para crear las especialidades convenientes y se van instaurando en muchos casos paralelas a las especialidades médicas ó según otras necesidades del momento.

En 1977 se regulan los estudios universitarios de enfermería y en octubre 1980 se autoriza a los DUE a cursar las especialidades de ATS.

## Creación de especialidades

1957	Fisioterapia	1964	Pediatría y puericultura
1961	Radiología y Electrología	1970	Neurología y psiquiatría
1962	Podología	1971	Análisis clínicos
1963	Obstetricia	1975	Urología y nefrología

Diez años después de que los estudios de enfermería se hicieran universitarios, en julio de 1987 se regula el título de Enfermero Especialista y se derogan las antiguas especialidades de ATS, estableciéndose las siguientes especialidades:

- Obstétrico – Ginecológica
- Salud Mental
- Cuidados especiales
- Salud Comunitaria
- Geriátrica
- Pediatría
- Gerencia y administración

Sin embargo, hasta 1992 no se desarrolla la primera que fue enfermería obstétrico-ginecológica y hasta 1998 no se desarrolla la enfermería de salud mental. El resto de las especialidades, a pesar de estar reguladas desde 1987 nunca llegan a desarrollarse, el propio paso del tiempo hace inviable su desarrollo por ser ya imposible cumplir los plazos preceptivos.

### **POR FIN Y TRAS LARGA ESPERA, EL 22 DE ABRIL DE 2005 EL CONSEJO DE MINISTROS APRUEBA EL RD 450/2005 SOBRE ESPECIALIDADES DE ENFERMERÍA.**

Se contemplan siete especialidades con identidad enfermera propia:

- Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona)
- Enfermería de Salud Mental
- Enfermería Geriátrica
- Enfermería del Trabajo
- Enfermería de Cuidados Médico-Quirúrgicos
- Enfermería Familiar y Comunitaria
- Enfermería Pediátrica

Algunas de las características generales del mencionado RD son:

- Se define el modelo como de formación en servicios: Tutorizada y con contrato laboral, vía EIR (Enfermera Interna Residente), ¡la más eficaz!, ampliamente comprobada en otras profesiones sanitarias.
- Respeto explícito a la figura de enfermera generalista como prestadora eficiente de cuidados generales de enfermería y eje vertebrador de la profesión
- Creación de unidades docentes y acreditación de dispositivos y tutores para la formación, lo cual en sí mismo supondrá una importante aportación al desarrollo y

dinamización de la profesión, como ya ha ocurrido en otras profesiones.

- Se contempla la vía transitoria de acceso excepcional al título de especialista, para aquellos profesionales con amplia experiencia y formación en la especialidad que de hecho ejercen
- Implantación por las comunidades autónomas, en función de sus necesidades y en base a estudios de demografía profesional (con mecanismos correctores que aseguren la solidaridad y la equidad entre todos los territorios) y también considerando su capacidad financiadora, ya que es sobre las comunidades sobre quien recae el esfuerzo económico de toda la formación especialista de las profesiones sanitarias.

### **SIGUIENTES FASES DE DESARROLLO DEL RD DE ESPECIALIDADES DE ENFERMERÍA:**

El primer paso será la Constitución de las Comisiones Nacionales de cada Especialidad (CNE), antes de 3 meses desde la fecha de publicación del RD según su disposición adicional primera, entre sus funciones estará:

- Elaborar y proponer programa de formación
- Proponer criterios de evaluación de unidades docentes
- Proponer criterios de evaluación de especialistas en formación
- Propuesta de creación de áreas de capacitación específica
- Asesorar en la prueba para el acceso excepcional

Cada Comisión Nacional de la Especialidad, que es un órgano asesor de los Ministerios de Educación y Ciencia y Sanidad y Consumo, estará compuesta por los siguientes vocales: 2 a propuesta del Ministerio de Educación y Ciencia, 4 a propuesta de la Comisión de Recursos Humanos del Ministerio de Sanidad y Consumo, 2 por las Sociedades Científicas estatales de la especialidad, 1 del Consejo General de Colegios de Enfermería y 2 elegidos entre los enfermeros especialistas en formación.

Una vez constituidas las CNE, se constituirá la Comisión Delegada de Enfermería del Consejo Nacional de Especialidades en

Ciencias de la Salud, que se integrará en el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud.

### **Y ¿CÓMO “YO ENFERMERA” PUEDO ACCEDER AL TÍTULO DE ESPECIALISTA?**

Se contemplan dos vías de acceso, una tras completar con aprovechamiento el periodo de formación EIR y otra mediante el acceso excepcional al título de Especialista (Disposición transitoria segunda),

Para realizar el EIR se deberá superar una prueba de convocatoria anual y ámbito nacional, similar a los ya conocidos sistemas MIR, PIR, FIR... eligiendo luego, por orden de puntuación, especialidad y destino.

Para optar al acceso excepcional al título de Especialista se deberá reunir (antes de la publicación en el BOE de la 1.ª convocatoria de EIR de la Especialidad) unos determinados requisitos que se pueden observar en el siguiente cuadro y superar una prueba objetiva. Mediante este sistema solo se podrá acceder a una especialidad.

Es decir, en todo caso será necesario superar la prueba objetiva, si se tienen 4 años o más de experiencia profesional en la especialidad, no será necesaria ninguna formación complementaria, y si se tiene entre 2 y 4 años de experiencia, sí será precisa según se refleja en la tabla anterior.

Hay que reseñar que en la actualidad diversas instituciones y numerosas empresas dedicadas a la formación continuada están difundiendo publicidad no muy clara en la que se ofrece información parcial con intenciones engañosas. Ofrecen, a un precio no precisamente bajo, cursos de formación que responden a las características exigidas en el RD de especialidades, pero no informan de que quienes tienen más de cuatro años de experiencia profesional no los necesitan y a quienes tienen menos de dos años no les sirven para nada, e incluso muchas de las enfermeras que en estos momentos tienen entre dos y cuatro años de experiencia, cuando sea el momento de presentar los méritos, ya habrán cumplido el mínimo exigido de cuatro y por tanto tampoco necesitarán dichos cursos.

Los méritos que cada enfermera presente serán analizados por una comisión mixta de funcionarios de los Ministerios de Sanidad y Educación, asesorada por la CNE.

Y la prueba objetiva, según dice el RD “...se dirigirá a evaluar la competencia de los aspirantes en el ámbito de conocimientos, habilidades y actitudes necesarios para el ejercicio de la especialidad de que se trate”, estando aun sin determinar sus características concretas (¿examen teórico tipo test, resolución de casos...? ¿prueba teórico-práctica tipo ECOE?...).

Ejercicio de las actividades propias de la especialidad (experiencia profesional en la especialidad)		Un año de experiencia en la especialidad + 3 años como profesor/a de EUE de la materia de la especialidad	
Formación complementaria necesaria	Prueba de evaluación de la competencia	Formación complementaria necesaria	Prueba de evaluación de la competencia
4 años	No	No	Sí
2 años	40 créditos en el campo de la especialidad. 20 créditos título de postgrado universitario en relación con la especialidad		Sí

#### PARTE QUINTA: LOS INTERROGANTES DEL DÍA DESPUÉS O ¿...Y AHORA QUE LAS TENEMOS QUÉ HACEMOS CON ELLAS?

Las tan ansiadas, necesarias y merecidas especialidades de enfermería, para que sean una verdadera oportunidad de crecimiento para la profesión enfermera y una mejora en el servicio que el sistema de salud ofrece a los ciudadanos deberían:

- Mejorar los cuidados y adaptarlos a los nuevos retos, que esto sea constatable y la población lo perciba así.
- Ser reconocidas por el sistema (económica y funcionalmente).
- Ser cuestionadoras y transformadoras de los sistemas de trabajo (organización, gestión, cuidados...).
- Ser sostenibles conceptual y económicamente.

Por otra parte y haciendo hipótesis, ¡sólo hipótesis!, de futuro, se pueden prever diversos escenarios de implantación:

A El sistema no reconoce a las especialistas que obtienen su titulación por la vía transitoria de acceso y no apuesta decididamente por la vía EIR. Nada cambia... frustración y enfado en el colectivo enfermero.

B El sistema reconoce a las especialistas, remunera a todas y no hay cambios funcionales, apostando o no apostando por la vía EIR. Nada cambia... conformidad en el colectivo enfermero.

C El sistema reconoce como mérito la especialidad y crea plazas para las que la exige como requisito. Transformación funcional, enfado entre quienes abogan por "café para todos".

En Asturias, y a sugerencia de la Comisión Técnica de Recursos Humanos del Ministerio de Sanidad, se formó un grupo de trabajo que tras diversos análisis y debates, ha elaborado un amplio documento en el que entre otras, redacta las siguientes sugerencias:

- El mantenimiento de la enfermera generalista como proveedora de cuidados de

enfermería por su eficiencia y versatilidad ampliamente demostrada.

- Creación de "puestos específicos de enfermera especialista (PEEE)" en porcentajes variables según unidad de enfermería, centro de salud o dispositivo, para los que sea requisito ser especialista, además de poseer perfil adecuado. A determinar su cuantificación por grupos de trabajo de cada área de especialización, partiendo de un porcentaje mínimo que podría ser, como propuesta inicial pendiente de estudio, de un 20% de la plantilla en algunos sitios y pudiendo llegar al 100% en otros.
- Estos PEEE estarán ligados a cuidados de alta complejidad o alta especificidad y al liderazgo en la gestión de recursos y de cuidados.
- Definición de competencias y funciones de dichos puestos específicos.
- Reconocimiento económico y laboral.
- Reconocimiento de la especialidad como mérito para trabajar en el área competencial de la misma, aunque no sea en un puesto definido como PEEE.

- Inicio de la formación EIR en todas las especialidades, en las cantidades derivadas del estudio de necesidades y de demografía profesional, con un mínimo de dos EIR por unidad docente.

#### PARTE SEXTA: REFLEXIÓN FINAL Y DESPEDIDA

Nos encontramos ante un excitante y esperanzador futuro sobre el que hay que seguir reflexionando y que va a exigir un gran esfuerzo para ir materializándolo.

Un nuevo escenario, cada vez más imprescindible no solo para las enfermeras, también para el propio sistema sanitario, que debe colocar a la profesión enfermera en una posición óptima y con el desarrollo profesional necesario para seguir afrontando los nuevos retos de salud y ofreciendo a la población cuidados de calidad, recibiendo de ésta el reconocimiento merecido.

Los horizontes son nuestros... si seguimos conquistándolos.

Gracias.

	Requisito	Puesto de trabajo	Retribución
<b>Enfermera generalista</b>	Diplomatura	Cualquiera que no requiera ser especialista	La correspondiente como enfermera
<b>Enfermera especialista</b> Trabajando en su especialidad, pero sin ocupar PEEE	Diplomatura + especialidad	Cualquiera tendiendo al ritmo posible a que cada especialista trabaje en el área de su especialidad (reconocer el mérito de ser especialista)	La que se establezca
Ocupando PEEE	Diplomatura + especialidad + perfil específico	Aquellos reconocidos como específicos (gestión de recursos, de cuidados, servicios que precisen conocimientos y habilidades especiales como matronas, UCI, etcétera)	Complemento de especialidad + supervisión en su caso

# Entrevista a doña María Loreto Maciá Soler

## DIRECTORA DE LA ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD DE ALICANTE

*La Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Alicante es una de las ocho Escuelas de Enfermería de este país que ofrecen, desde hace ya algunos años, y mediante convenios con otras universidades europeas, la posibilidad de acceder al Segundo Ciclo de Enfermería (Master).*

*Más de un millar de enfermeras españolas han accedido ya. Algunas han realizado, o están realizando sus doctorados. María Loreto Maciá Soler es Profesora Titular y Directora de la Escuela de Enfermería de Alicante.*

### TEXTOS DE ROSENDO ARGÜELLES BARBÓN

**En primer lugar, quisiera agradecerle en nombre de los socios de SEAPA su amabilidad por dedicar parte de su tiempo a contestar a esta entrevista.**

Muchas gracias por contar conmigo. Siempre es un honor poder expresar la opinión en foros de enfermería.

**El acontecimiento que, sin duda alguna, ha marcado nuestra profesión este año, ha sido la reciente aprobación y posterior publicación en BOE del Real Decreto de Especialidades de Enfermería. Después de un largo y duro camino, la Enfermería Comunitaria ve cumplida por fin su reivindicación de una especialidad propia. ¿Cuál es su valoración al respecto?**

A mí, personalmente, me genera dudas que hablemos de "acontecimiento", porque le encuentro algunas lagunas que igual el tiempo aclara.

Por ejemplo, el acceso por la vía de excepcionalidad. Si bien es cierto que esta situación hace que todos los enfermeros de primaria que tengan unos requisitos fácilmente alcanzables sean especialistas, de alguna manera esto hace que el Sistema Nacional de Salud no sienta del todo la necesidad de perfilar plazas de especialistas, porque ya los tiene, y no sé si esto, con el tiempo, desvirtuará las especialidades.

Considero que, al ser un tema profesional, se tendría que haber asegurado la asociación de puestos de trabajo a los perfiles de especialista, y desde luego esto no está garantizado en el real decreto, así que, sinceramente, habrá que esperar a su desarrollo.

**El Espacio Europeo de Educación, paso a paso, va tomando forma y consolidándose. Las declaraciones de la Sorbona y de Bolonia instan a los Estados miembros de la Unión a desarrollar e implantar en sus países diversas actuaciones: un sistema de titulaciones comprensible y comparable con la adopción de un suplemento al título, un sistema de titulaciones basado en dos ciclos principales, un sistema común de créditos, el fomento de la movilidad y la dimensión europea de la educación superior. En su opinión, ¿cuál es el balance del proceso de convergencia de la titulación de Enfermería en el nuevo Espacio Europeo de Educación?**

Es el alcance de la igualdad con todas las titulaciones universitarias.

Con la promulgación de los reales decretos 55 y 56/2005 de grado y postgrado, la enfermería, como cualquier titulación, puede alcanzar el grado de doctor desde la propia enfermería, sin tener que recurrir a otras

titulaciones para alcanzar dicho grado, y esto es un avance crucial.

Es consolidar el logro de hace 25 años, cuando la titulación empezó a impartirse en la Universidad.

**Existe cierto debate sobre el número de créditos del título de grado en Enfermería (180 o 240 créditos). ¿Cuál es su opinión al respecto?**

Creo que la secuencia lógica para cualquier profesional familiarizado con la reforma es:

1. Publicación del catálogo de títulos de grado.
2. Elaboración de las directrices de cada titulación, de acuerdo a las competencias de una enfermera. Para esto hay un plazo de 2 años.
3. Durante este tiempo, es decir, los próximos dos años, y partiendo de la legislación actual, conociendo las directrices de la titulación y adaptando la metodología educativa a las necesidades de formación de una enfermera, integrando contenidos, etc., entonces parece más oportuno hablar de duración.

Yo no me atrevo a hablar de duración hasta que no sepa cómo se debe formar una enfermera para desarrollar las competencias que le otorga el título de enfermera generalista.



“ La convergencia no es un cambio de años, realmente es un cambio de métodos de aprendizaje y una flexibilidad de contenidos partiendo de un perfil y unas competencias claras ”

“ El estudiante no debe recibir cantidad de conocimiento. En las aulas debe aprender a aprender, saber buscar, discriminar entre toda la información que le llega y desde luego a ser inquieto y formarse durante toda su vida ”

Ahora se habla de años aplicando los contenidos actuales a la legislación futura y por esa razón se especula. La convergencia no es un cambio de años, realmente es un cambio de métodos de aprendizaje y una flexibilidad de contenidos partiendo de un perfil y unas competencias claras.

**Posteriormente a las declaraciones de la Sorbona y Bolonia, el comunicado de Praga introduce tres líneas adicionales, muy importantes a nuestro juicio: el “aprendizaje a lo largo de la vida” como elemento vital para lograr la cohesión social, la igualdad de oportunidades y la calidad de vida; el rol “activo” de las universidades, instituciones de educación superior y estudiantes en el desarrollo de este proceso de convergencia; y el desarrollo de sistemas de garantía de calidad y certificación de acreditación que hagan del Espacio Europeo de Educación Superior algo atractivo. ¿Nos encontramos preparados para afrontar estos retos?**

A estos retos me refiero cuando hablo de cambios metodológicos. El estudiante no debe recibir cantidad de conocimiento. En las aulas debe aprender a aprender, saber buscar, discriminar entre toda la información que le llega y desde luego a ser inquieto y formarse durante toda su vida.

Esto es tarea de los profesores, que por cierto somos los de las aulas y los de la clínica, así que de los profesores y profesionales de ahora va a depender lo que sea la enfermería del mañana.

La respuesta concreta a tu pregunta es que sí que somos capaces de afrontar los retos, lo que sucede es que no nos lo creemos.

**La Escuela de Enfermería que usted dirige viene ofreciendo desde hace algunos años la posibilidad de acceder, mediante convenios con otras universidades europeas, al Segundo Ciclo de Enfermería (Master). Gracias a la valiente apuesta de Universidades como la de Alicante, muchas enfermeras españolas han realizado, o están realizando, el doctorado. ¿Qué valoración hace de esta experiencia?**

Sólo puedo decir que si con el esfuerzo de muchas personas, hemos aportado un granito de arena al crecimiento de la enfermería española, desde luego en Alicante estamos de enhorabuena.

**Recientemente se ha celebrado en Madrid el I Congreso Internacional de Enfermería Comunitaria. El tema de debate en una de las Mesas Redondas fue la “Investigación en Enfermería Comunitaria y la búsqueda de la Evidencia”, y entre las conclusiones**

**de dicha Mesa se destacó la necesidad de que los programas de investigación se desarrollen en base a las necesidades de la práctica clínica. ¿Qué se necesita, en su opinión, para que esta relación entre la práctica clínica y la investigación enfermera se establezca?**

Que las enfermeras se perciban profesionales independientes y se crean que son capaces de tomar decisiones.

Que pierdan el miedo a asumir la responsabilidad derivada de la toma de decisiones y que ejerzan como saben.

Entonces percibirán todo lo que son capaces de hacer. Mostrarán su auténtica cartera de servicios a la sociedad, y la sociedad creará en nosotros. Y en ese momento, nuestro propio prestigio nos hará abandonar la “práctica por empirismo” para “practicar con conocimiento científico”.

# Palabras de la ministra de Sanidad y Consumo en el acto inaugural del primer Congreso Internacional de Enfermería Comunitaria

PALACIO MUNICIPAL DE CONGRESOS DE MADRID  
22 A 24 DE SEPTIEMBRE DE 2005

*La enfermería española goza hoy de un merecido prestigio tanto dentro como fuera de nuestras fronteras. Este prestigio se basa tanto en la eficacia de nuestro modelo de formación como en la motivación y la calidad humana de unos profesionales que, en unión con el resto de los profesionales sanitarios, son el principal activo de la sanidad española.*

---

Buenos días a todas y a todos,

Me resulta muy grato dirigirme a vosotros en el seno de este Congreso organizado por la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria.

La enfermería española goza hoy de un merecido prestigio tanto dentro como fuera de nuestras fronteras. Este prestigio se basa tanto en la eficacia de nuestro modelo de formación como en la motivación y la calidad humana de unos profesionales que, en unión con el resto de los profesionales sanitarios, son el principal activo de la sanidad española.

La consolidación y la mejora continuada de nuestro Sistema Nacional de Salud, y muy especialmente su adaptación a los cambios demográficos, a la implantación de las nuevas tecnologías y a los nuevos modelos de atención, supone un gran reto y un desafío apasionante.

El reto es de tal magnitud que hemos de afrontarlo de manera conjunta por todos los que estamos implicados y comprometidos con la salud pública.

Tanto el Ministerio como las Comunidades Autónomas trabajan para garantizar la equidad, calidad y la sostenibilidad de nuestro Sistema. Pero este empeño resultaría infructuoso sin el esfuerzo diario y el apoyo de los profesionales sanitarios y, muy en especial, de los enfermeros y las enfermeras.

Nuestro compromiso con el sistema sanitario se plasmó ya en el discurso de investidura del Presidente del Gobierno. En él se anunció un Plan de Calidad para la mejora del Sistema Nacional de Salud. Este compromiso fue renovado en la Primera Conferencia de Presidentes donde la salud de los ciudadanos, y la defensa de una sanidad pública equitativa, universal y solidaria, se situaron en el centro del debate político.

La Segunda Conferencia, celebrada hace sólo unos días, ha concretado este compromiso a través de un importante esfuerzo presupuestario orientado a mejorar la calidad asistencial y a aumentar la cohesión de nuestro Sistema de Salud.

El acuerdo alcanzado entre el Gobierno de la Nación y las Comunidades Autónomas,

va a suponer un sustancial aporte de recursos para la sanidad pública en los próximos años. Y permite, además, afianzar valores y conceptos como crecimiento sostenible, gestión racional de los recursos, equidad y accesibilidad. Cuestiones todas ellas que son esenciales para garantizar el derecho de los ciudadanos a unos cuidados sanitarios de calidad y acordes a sus necesidades.

La consolidación y mejora del Sistema Nacional de Salud va a seguir precisando el concurso de profesionales de enfermería con una buena formación. Profesionales dotados de conocimientos y habilidades adaptados a las necesidades actuales de la sociedad, y activamente implicados en las políticas de salud diseñadas por las autoridades sanitarias.

Por ello, mantener y acrecentar el caudal humano que supone vuestro quehacer profesional es uno de nuestros objetivos preferentes.

Con este propósito hemos impulsado el desarrollo de la Ley de Ordenación de las



Profesiones Sanitarias, del Estatuto Marco y del nuevo Real Decreto de Especialidades de Enfermería. Una normativa que, junto con los cambios que se avecinan en la homologación europea de las titulaciones, va a suponer una clara mejora tanto en vuestras condiciones de trabajo como en la consideración social de la enfermería.

La Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias otorga el máximo reconocimiento a la enfermería.

La Ley atribuye un elevado grado de autonomía a la enfermería al señalar que “corresponde a los diplomados sanitarios la prestación personal de los cuidados o los servicios propios de su competencia profesional en las distintas fases del proceso de atención de salud, sin menoscabo de la competencia, responsabilidad y autonomía propias de los distintos profesionales que intervienen en tal proceso”.

La Ley también otorga a los enfermeros y enfermeras la responsabilidad en las funciones de dirección y evaluación de los cuidados que dispensan.

Estos cambios en la normativa no hacen sino recoger una tendencia histórica que ha sido una constante en el devenir de la enfermería: la sensibilidad para detectar cambios en las necesidades sanitarias de la población y la capacidad para adaptar e integrar en vuestro trabajo las técnicas y procedimientos que esos cambios requieren.

Esta actitud, abierta a la innovación y a los cambios, ha hecho de la enfermería, en muchos casos, una profesión líder en el desarrollo de un sistema de atención integral en cuidados de salud.

Pero la complejidad de los cuidados sanitarios y la adopción de medidas encaminadas a promover la salud, requieren la implantación de un sistema docente cada vez más especializado. Requieren una formación eminentemente práctica y profesional mediante el sistema de residencia.

Este nuevo sistema de especialización, es un imperativo de la evolución científica y técnica y, también, una demanda histórica de la enfermería.

El Ministerio de Sanidad y Consumo la ha incorporado en el Real Decreto de Especialidades de Enfermería que, como sabéis establece siete especialidades: Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona), Enfermería de Salud Mental, Enfermería Geriátrica, Enfermería del Trabajo, Enfermería de Cuidados Médico-Quirúrgicos, Enfermería Familiar y Comunitaria, y Enfermería Pediátrica.

Además de otras mejoras, el proyecto introduce el desarrollo directo de las vías transitorias para el acceso al título de enfermero especialista. Todo ello se traduce en un modelo novedoso de formación especializada en enfermería ya que las especialidades se clasifican atendiendo a grandes áreas de cuidados y en ellas subyace un concepto de salud que supera la visión tradicional centrada en el hospital.

Dentro del compromiso del Gobierno por apoyar estas iniciativas me gustaría subrayar la labor que está realizando el Ministerio de Educación y Ciencia, al estudiar la posibilidad de conferir a este modelo valor académico dentro del Espacio Europeo de Educación Superior iniciado con la Declaración de Bolonia en 1999 lo que facilitará el acceso al doctorado una vez superada la especialidad.

También quisiera destacar la aprobación, a primeros de este año, de los nuevos Reales Decretos de Grado y Postgrado, que ofrecen grandes oportunidades de desarrollo para la enfermería. Esta regulación abrirá las puertas a nuevas expectativas profesionales al permitir profundizar y consolidar la investigación en enfermería.

En el desarrollo del nuevo Real Decreto de Especialidades de Enfermería, se abordará el análisis necesario para la elaboración de los programas formativos de cada una de las especialidades, análisis que fijará el conjunto de conocimientos, habilidades y aptitudes específicas de cada especialidad dentro de un marco formativo que queremos que sea eminentemente práctico.

Este desarrollo normativo entronca con un aspecto que está cambiando de forma radical la práctica de la enfermería y que, a buen seguro, lo seguirá haciendo en un futuro próximo.

Me refiero a la puesta a punto de procedimientos basados en la metodología científica y en la búsqueda de la mejor evidencia disponible facilitados por las nuevas téc-



**Asistentes al primer Congreso Internacional de Enfermería Comunitaria**

nicas de localización y análisis de la información.

El desarrollo de estos sistemas hará que podamos avanzar en una "enfermería basada en la evidencia" una vez que podamos identificar los diagnósticos de enfermería, buscar las intervenciones más eficientes, y medir sus resultados.

Por lo que se refiere a la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria, directamente vinculada a los objetivos de este Congreso, que en el Ministerio de Sanidad y Consumo, tenemos clara conciencia de su importancia.

La enfermería es parte fundamental de los equipos de Atención Primaria y encarna valores que son clave en la consecución de sus objetivos, tanto en su dimensión asistencial como en su vertiente social.

Una importancia se verá incrementada en los próximos años dados los cambios sociales, económicos y demográficos que se están produciendo. El envejecimiento de la población, la mayor demanda de servicios de salud, el aumento en el número de inmigrantes, los avances tecnológicos, y los nuevos hábitos de vida de los jóvenes, entre otros, son factores determinantes en la configuración de nuevos cometidos para la enfermería.

Hay que trabajar no sólo en la curación sino en todo el proceso salud-enfermedad. Hay que hacer énfasis en la prevención, promoviendo hábitos de vida saludable y evitando factores de riesgo. Hay que entender la salud desde un punto de vista psicosocial además de biológico. Hay que trabajar no

sólo con individuos sino también con familias y grupos. Valores y objetivos todos ellos que la enfermería entiende como propios y que se siente capacitada para ejercer con eficiencia y rigor.

Desde el Ministerio constatamos con satisfacción este dinamismo, y el hecho de que estéis percibiendo los nuevos retos como una oportunidad para incorporar a vuestros cometidos las tareas de promoción de la salud.

Tareas que incluyen cuestiones tan diversas como la atención a la adicción a las drogas, la profilaxis de enfermedades cardiovasculares, los programas de detección precoz del cáncer y las estrategias de prevención dirigidas al anciano. Sin olvidar los controles en el niño sano, la educación para la salud en el medio familiar, laboral y educativo, o el impulso de estilos de vida saludables en adultos y mayores. Campo este último que también incluye la prevención de la discapacidad y el fomento de la autonomía de las personas de más edad.

Para ello, y sobre la base de una buena coordinación entre atención primaria y especializada, es preciso desarrollar los sistemas de atención domiciliaria para las personas que no pueden trasladarse al Centro de Salud, ó como alternativa a su ingreso en una residencia.

La enfermería ejerce, asimismo, un papel fundamental en la educación para la salud. Lo hace, lo hacéis, con los pacientes que acuden a la consulta diaria, con grupos de enfermos crónicos, con grupos de fumadores en programas de deshabituación, con

grupos de educación para la salud en los colegios, y en labores de información con padres, asociaciones de vecinos y agentes sociales.

Aunque la participación de los ciudadanos en programas de intervención comunitaria todavía debe ser reforzada, ha alcanzado ya, con vuestro esfuerzo, un grado de desarrollo tal que nos hace verla como un poderoso instrumento para mejorar la salud de la población.

Por otra parte, la promoción del autocuidado se considera una misión fundamental de la enfermería en atención primaria. Implica identificar los problemas para el cuidado propio en el individuo, en la familia o en la comunidad, y aplicar los conocimientos y habilidades preciosos para aumentar su grado de autonomía.

Esto es así porque hoy sabemos que la mayoría de los problemas de salud tiene que ver con los hábitos de vida, y, también, que los ciudadanos acuden cada vez con mayor frecuencia al sistema sanitario por problemas que ellos mismos podrían prevenir y, en ocasiones, resolver: una cura sencilla, problemas derivados de una alimentación inadecuada, y enfermedades comunes como catarros simples o alteraciones leves del sueño.

Deseo que mis últimas palabras sean de reconocimiento hacia la labor que vienen desempeñando sociedades científicas como la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria, sociedades con las que queremos consolidar y ampliar la colaboración que ya venimos manteniendo. Estamos convencidos que son interlocutores decisivos, socios diría yo, de las iniciativas que estamos impulsando desde el Ministerio.

Vosotros, como expertos, y como trabajadores en enfermería comunitaria, sois pieza clave en el funcionamiento del sistema sanitario.

Este Congreso Internacional de Enfermería Comunitaria que, sin duda, va a tener una gran repercusión, es un fiel reflejo de vuestra labor constante en pro de la salud pública, y de vuestro compromiso en la renovación continuada de vuestro quehacer profesional.

Una labor y un compromiso por los que os felicitamos de forma efusiva. Muchas gracias.

# Discurso de inauguración del presidente de FAECAP, Primer Congreso Internacional de Enfermería Comunitaria

23 DE SEPTIEMBRE DE 2005

*La Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y de Atención Primaria ha sabido y ha podido organizar el mayor congreso internacional de nuestra especialidad. Ello se debe al trabajo de muchas personas que, a costa del tiempo libre, suyo y de sus familias, ha dedicado grandes esfuerzos para ofrecernos el denso programa científico de este I Congreso Internacional de Enfermería Comunitaria*

---

**MANUEL LÓPEZ MORALES. PRESIDENTE DE FAECAP**

Excelentísima. Sra. Ministra,  
Ilustrísimas autoridades,  
Respetados colegas,

Es un honor compartir con todos ustedes este momento.

Con mucho orgullo podemos decir que la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y de Atención Primaria ha sabido y ha podido organizar el mayor congreso internacional de nuestra especialidad.

Ello se debe al trabajo de muchas personas que, a costa del tiempo libre, suyo y de sus familias, ha dedicado grandes esfuerzos para ofrecernos el denso programa científico de este I Congreso Internacional de Enfermería Comunitaria.

Este equipo encabezado por Raúl García merece nuestra felicitación y así la hago pública en nombre de la Junta Directiva de FAECAP.

Este congreso concentra multitud de aportaciones científicas de enfermeras comunitarias de todo el mundo que contribuyen a demostrar nuestra aportación efectiva en la resolución de los problemas de salud de nuestros conciudadanos.

La enfermería comunitaria aporta en su cartera de servicios y en su metodología de trabajo soluciones a muchos y diversos problemas de salud que presentan nuestras comunidades.

La resolutivez de las enfermeras comunitarias es cada vez más amplia, y FAECAP apuesta por el ejercicio de un rol de la enfermería comunitaria de amplias competencias.

No con un fin corporativista, sino con la firme convicción de que la enfermería comunitaria puede y debe contribuir del modo más efectivo y eficiente posible a la salud de todos.

La enfermería comunitaria se enfrenta a una gran oportunidad que no deja de ser un gran reto: el desarrollo de la especialización en Enfermería Familiar y Comunitaria.

El incremento y la homogenización de la formación de las enfermeras comunitarias deberán tener una significativa repercusión en la salud de la población.

Ese debe ser el eje entorno al cual se configure el plan curricular de nuestra especialidad, y FAECAP va a apostar, ya lo está haciendo, para que así sea.

Como sociedad científica que es, tiene entre sus prioridades la investigación y la formación para el incremento de la calidad de atención enfermera.

Por ello editamos nuestra revista *Enfermería Comunitaria* (de la que podéis encontrar el último número en la carpeta), y desarrollamos en todo el territorio español cursos, talleres, congresos y multitud de eventos donde dejamos patente nuestra vocación de servicio público.

La enfermería comunitaria difícilmente puede ejercerse fuera de un sistema sanitario público, pues los profesionales nos convertimos en agentes públicos de salud para ofrecer, entre otros, servicios que en muchos casos no nos demandan: la promoción de su salud y la prevención de la enfermedad.

FAECAP está comprometida en la demostración de la eficiencia real, aunque necesariamente a largo plazo, de las intervenciones preventivas.

Sin embargo, los sistemas sanitarios no siempre incluyen prioridades de intervención en este campo. Y es un error la omisión inversora en políticas públicas de salud comunitaria.



**Asistentes al Primer Congreso Internacional de Enfermería Comunitaria**

Por ello recibimos con ilusión las perspectivas de desarrollo de la Atención Primaria, recientemente anunciada por el gobierno, en el marco del acuerdo político firmado hace unos días para la financiación sanitaria.

La priorización de las inversiones en APS es una necesidad social, una obligación de los responsables políticos, y una convicción de nosotros, los profesionales de la salud.

Por lo que nos congratulamos de esta decisión, que aplaudimos, y nos ofrecemos a desarrollar las políticas, planes y programas necesarios para consolidar la Atención Primaria de Salud como eje del sistema sanitario.

Sin embargo, la utilización política de los servicios de salud es permanente, y pernicioso para los propios objetivos de los mismos.

La atomización de responsabilidades en el estado de las autonomías resta capacidad de cohesión y coordinación de los servicios de salud, y pone en peligro el derecho de los ciudadanos a la mejor respuesta a sus problemas de salud.

FAECAP, como estructura federal que es, contribuye a esta necesaria coordinación homogenizando el desarrollo científico-profesional de las enfermeras comunitarias, y trasladando ofertas, sugerencias y demandas a todos los servicios autonómicos de salud de forma coherente.

FAECAP congrega a los profesionales enfermeros de la Salud Comunitaria más comprometidos con su profesión, y tiene las puertas abiertas a todos los profesionales dispuestos a trabajar en esta línea de ac-

ción, y los brazos tendidos a todas las organizaciones o instituciones con responsabilidad en la gestión de la salud.

Ser socio de las sociedades científicas que componen FAECAP es distintivo de competencia y calidad profesional.

Espero que este congreso permita un fructífero intercambio entre todos los participantes y siembre semillas en otros países.

Tenemos muchas esperanzas en conseguir que este evento ponga la primera piedra para la constitución de la Confederación Internacional de Sociedades Científicas de Enfermería Comunitaria.

Como presidente de la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y de Atención Primaria, por haber hecho el esfuerzo de venir y participar, a todos, muchas gracias.



**Carmen Goday Areán, presidenta de SEMAP, en un momento de la conferencia.**

# Intervención de Carmen Goday, presidenta de SEMAP, en la inauguración del Congreso

23 DE SEPTIEMBRE DE 2005

*El envejecimiento de la población, los cambios sociales, la incorporación de ciudadanos de otras culturas, los nuevos estilos de vida así como nuevos modelos de familia deben hacernos reflexionar para que la enfermería comunitaria dé respuesta a las diferentes necesidades de salud*

---

**CARMEN GODAY AREÁN. PRESIDENTA DE SEMAP**

Quiero agradecer a los que han participado en la realización de este evento, un proyecto que recogió la SEMAP, pero que era un proyecto de toda la Enfermería Española Comunitaria y de su órgano de representación que es la FAECAP.

En este sentido hay que agradecer al resto de sociedades autonómicas que integran la FAECAP, al Ministerio de Sanidad y en concreto la Ministra, porque ha sido ella la impulsora de la especialidad de Enfermería Comunitaria. Por otro lado quiero hacer partícipe de este agradecimiento a todos los que fueron Presidentes de la Sociedad Madrileña y de la FAECAP, en especial a Carmen Granda e Inés Novellón. Así mismo a la Consejería de Sanidad y al Servicio Madrileño de la Salud, a la Agencia Laín Entralgo y al Colegio de Enfermería de Madrid por su colaboración y apoyo. Y evidentemente a todas las enfermeras de la Comunidad de Madrid que trabajan en Atención Primaria y en especial a aquellas que sienten el espíritu comunitario y, como no puede ser menos, a todos los socios que hacen posible que SEMAP sea lo que es hoy en día.

SEMAP ha apostado desde sus inicios por un modelo de Enfermería de Familia, porque la población conozca a su enfermera y pueda elegirla libremente, por la promoción del autocuidado, como estrategia para elevar el nivel de salud de la población y participando en el avance científico y profesional para mejorar el cuidado de la población en la comunidad.

A día de hoy es para mí un placer, compartido junto con el resto de miembros de la mesa, poder estar en esta inauguración del mayor evento científico de la Enfermería Comunitaria Mundial. Desde la Sociedad y a pesar de las dificultades encontradas, hemos trabajado porque este foro de encuentro fuera posible. Un foro en el que esperamos compartir, conocer, y aprender de los avances de aquellas enfermeras que con su práctica diaria en cualquier rincón del mundo cuidan de la comunidad.

No hay que olvidar que los ciudadanos son el objeto de nuestra atención, el motor que nos mueve y que nos hace estar atentos a sus necesidades con el fin de ofertar más y mejores servicios, cuyos re-

sultados sean la mejora en su calidad de vida.

El envejecimiento de la población, los cambios sociales, la incorporación de ciudadanos de otras culturas, los nuevos estilos de vida así como nuevos modelos de familia deben hacernos reflexionar para que la enfermería comunitaria de respuesta a las diferentes necesidades de salud que, por todos estos cambios sociales se están produciendo, para lo cual la Enfermería Comunitaria debe hacer frente mediante propuestas innovadoras e integradoras, desde la perspectiva disciplinar y su concreción profesional; así como asumir un papel activo, no solo desde nuestro desempeño profesional sino también como ciudadanas y ciudadanos comprometidos con la sociedad de la que formamos parte.

Por tanto, como Presidenta de la Sociedad Madrileña de Enfermería Comunitaria, doy la bienvenida a todos los asistentes, con mi deseo de que estos días le sean de provecho, tanto profesional como personalmente. Muchas gracias

# Primeros premios: comunicación y póster

## I CONGRESO INTERNACIONAL DE ENFERMERÍA COMUNITARIA

### COMUNICACIONES

#### Primer premio

Título: *Comparación de las actitudes, percepción, entorno y experimentación con el tabaco en cuatro poblaciones de 1.º de ESO de la Región de Murcia.*

Autores: *García Martínez, P; Cuevas Atienza, MD; Hurtado Melgarejo, A; Sánchez Monfort, J; Martínez Guillén, R. (Grupo de Tabaquismo y de EPS de SEAPREMUR).*

#### Accésit:

Título: *Repercusiones en la salud de las madres adolescentes que viven situación de violencia familiar en la comunidad de Nasagualcoyot, México.*

Autores: *Cuamatzi Peña, MT.; García López, GB; Cruz Vázquez. Facultad de Estudios Superiores de Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México.*

---

## COMPARACIÓN DE LAS ACTITUDES, PERCEPCIÓN, ENTORNO Y EXPERIMENTACIÓN CON EL TABACO EN CUATRO POBLACIONES DE 1.º DE ESO DE LA REGIÓN DE MURCIA

### INTRODUCCIÓN

El tabaquismo se ha descrito, entre otras cosas, como un síndrome pediátrico (1), mostrando así la importancia de este problema en edades tempranas. La experimentación con el tabaco en nuestro entorno se produce durante la educación secundaria, entre los 12 y los 14 años (2,3). El aumento de la experimentación con el tabaco entre la población escolar femenina durante los años 90 ha hecho que en estos momentos las diferencias por razón de sexo sean mínimas (4). En diversos estudios a nivel nacional se han asociado a un mayor porcentaje de consumo factores personales como la edad o el sexo (5), la autoestima, el entorno socioeconómico (6), o el consumo percibido en personas del entorno próximo como hermanos (6), madre o amigos (5).

Para la prevención de tabaquismo en la edad de inicio se han implementado programas de actuación exclusiva en el medio escolar que si bien son efectivos a corto plazo muestran un descenso de efectividad a medio y largo plazo (7). Esta pérdida de efectividad puede ser debida a la necesidad de

un abordaje integral de la prevención, tanto a nivel escolar, como a nivel individual y social (8). Para poder alcanzar este modelo de prevención se necesita un conocimiento de la población de estudio no sólo en cuanto a su consumo de tabaco sino también a sus características sociales y psicológicas, es decir, a sus actitudes, creencias y presión del entorno.

Estudios desarrollados en la Región de Murcia en la última década muestran un descenso en la experimentación con el tabaco de los alumnos de 2.º de Secundaria entre los años 1993 y 2001 de 7,2 puntos. En cambio, en Bullas, una población de la provincia de Murcia la experimentación con el tabaco entre los alumnos de 1.º de Secundaria (12 años) ha mostrado un aumento entre los años 2000 y 2002 de 33,8 puntos (10). Al encontrar estas diferencias tan importantes entre la población total y una muestra limitada geográficamente de la misma, nos planteamos si es posible que existan diferencias tan importantes entre poblaciones muy próximas, tanto geográfica como socioculturalmente.

### OBJETIVOS

- Así, el estudio se propone:
- Valorar la experimentación y el consumo de tabaco, actitudes, creencias y consumo percibido en el entorno de cinco grupos de escolares de 1.º de ESO cercanos geográficamente.
  - Identificar los factores asociados a la experimentación y consumo de tabaco en cada uno de los grupos estudiados.
  - Comprobar si existen diferencias significativas entre estos grupos en relación con la conducta tabáquica.

### MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio observacional multicéntrico desarrollado en enero de 2005.

La población a estudio está formada por los alumnos de 1.º de Educación Secundaria Obligatoria de cinco centros escolares de la Región de Murcia. Los criterios para la inclusión de los centros en el estudio fueron su situación a menos de 20 kilómetros de la ciudad de Murcia y la presencia de enfermeras de atención primaria que colaborasen en el estudio. Esta/os enfermera/os proce-



den de los grupos de Tabaquismo y Educación para la Salud de la Sociedad de Enfermería de Atención Primaria de la Región de Murcia (SEAPREMUR) y en su zona de salud se encuentra al menos un centro educativo con alumnos de 1.º de ESO. Las cinco poblaciones que participan en el estudio son: Murcia, Cabezo de Torres, Molina de Segura, Las Torres de Cotillas y Ceutí.

Las variables a estudio se recogen mediante el cuestionario FRISC (11), auto administrado que nos aporta información sobre edad, sexo, grupo, actitudes y creencias relacionadas con el tabaco, percepción del consumo en el entorno y consumo propio de tabaco y alcohol. Además se amplió el número de variables del estudio para conocer con quien conviven en casa, si el padre o la madre trabajan fuera de casa y si reciben paga semanal.

El plan de trabajo incluye un primer contacto en noviembre de 2004 con las direcciones de los centros educativos solicitando su colaboración para el desarrollo del estudio. En diciembre se forma a los participantes en el manejo de los datos que se van a obtener y su inclusión en soporte informático. Entre el 10 y el 20 de enero del 2005 se administra la encuesta de evaluación durante una sesión de tutoría por los enfermeros y sin la presencia de los tutores. Una vez recogidos los datos, estos son devueltos al equipo investigador para el análisis estadístico de los mismos.

## RESULTADOS

Un centro se autoexcluye del estudio al ser trasladada la enfermera colaboradora en diciembre del 2004. Por tanto, el total de población al que se puede tener acceso es de 404 alumnos distribuidos en cuatro centros.

En enero del 2005 cumplimentan la encuesta 377 alumnos, lo que supone una cobertura del 93,3%. De las 27 pérdidas, 17 son debidas a faltas justificadas en el día de recogida de datos, 6 a errores en la cumplimentación de la encuesta y 4 a faltas no justificadas.

Los 377 alumnos encuestados pertenecían a Cabezo de Torres 104 (27,6%), a Molina de Segura 57 (15,1%), a las Torres de Cotillas 117 (31%) y a Ceutí 99 (26,2%). La distribución por género presentaba un 50,4% de chicos (190) y un 49,6% de chicas (187). La edad media de la población estudiada era de 12,6±0,6 años.

La experimentación con el tabaco es de un 32,9% y se consideran fumadores semanales o diarios un 4,3%. En relación con el alcohol un 35,3% ha bebido en alguna ocasión y un 2,2% se consideran bebedores semanales.

Al comparar las distintas variables, estas muestran diferencias importantes en todos

RESULTADOS					
	Cabezo	Molina	Las Torres	Ceutí	Total
Consumo de tabaco	37,5 (3,8)	42,1 (3,5)	39 (6,7)	15,2 (2)	32,9 (4,3)
Consumo de alcohol	31,7 (1)	43,6 (0)	40,2 (4,3)	29,3 (2)	35,3 (2,2)
Consumo amigo	31,7	42,1	39	12,1	30,5
Paga semanal	38,4	47,4	57,6	54,6	50,2
Está de moda	46,2	43,9	48,1	33,7	43,15
Aceptaría cigarrillo	7,7	12,3	11,1	9,18	9,8
Hacer amigos	7,7	8,8	6	17,35	9,8
Sentirse bien	6,7	3,5	6	7,14	6,1

## RESULTADOS FACTORES ASOCIADOS A LA EXPERIMENTACIÓN

### Cabezo

Consumo de la madre, hermanos, amigos  
Te hace sentir bien  
Ayuda a hacer amigos

Experimentación con alcohol

### Molina

Consumo de la madre  
Te hace sentir bien  
Ayuda a hacer amigos  
Es divertido

Ayuda a hacer amigos

### Las Torres

Paga recibida  
Consumo de amigos  
Te hace sentir bien  
Es divertido  
Está de moda

### Ceutí

Paga recibida  
Consumo de amigos  
Está de moda

los centros, pero además se puede observar que mientras la experimentación con alcohol o el consumo percibido en amigos sigue el mismo orden de frecuencias de mayor a menor que la experimentación con el tabaco, otras variables, no solo alteran ese orden, sino que algunas como el creer que el tabaco te hace sentir bien o que ayuda a hacer amigos, siguen un orden inverso de frecuencias.

Los factores socioeconómicos que se relacionan con la experimentación tabáquica son el trabajo de la madre fuera de casa ( $p=0.019$ ), la ausencia del padre del entorno familiar ( $p<0.001$ ) o tener un paga superior a 6 ( $p<0.001$ ).

Las actitudes y creencias relacionadas son que el tabaco te hace sentir bien, que es divertido, que ayuda a hacer amigos, que es una moda o que aceptaría un cigarrillo ofrecido por un amigo todas con  $p<0.001$ , también se incluye creer que fumar ayuda a hacer amigos ( $p=0.034$ ). El consumo del entorno influye significativamente cuando se presenta en la madre, los hermanos o los amigos ( $p<0.001$ ). Por último destacar la relación entre la experimentación con el tabaco y con el alcohol de forma paralela ( $p<0.001$ ).

Sin embargo, al estudiar estos mismos factores centro por centro, son distintos los factores en los que se puede establecer una relación estadística difieren unos de otros. Mientras que en los cuatro centros la experimentación con el tabaco se relaciona con el consumo de alcohol y la manifestación de que aceptarían un cigarrillo ofrecido por un amigo, el resto de variables sólo muestra relación con el consumo de tabaco en algunos o en ninguno de los centros.

## CONCLUSIONES

La experimentación con el tabaco de estas cuatro poblaciones estudiadas muestra diferencias entre centros de hasta 27 puntos. Estas diferencias por sí solas, ya dificultarían la aplicación de un proceso de prevención uniforme en los distintos centros.

Las diferencias encontradas en el entorno familiar de cada grupo y la relación mostrada en otros estudios entre el inicio del hábito tabáquico y la pertenencia a una familia monoparental o a la ausencia durante periodos prolongados de figuras paternas de referencia en el domicilio (16), hace necesario valorar estas variables previamente a la aplicación de cualquier programa de prevención de tabaquismo.

El consumo percibido en los grupos de presión del entorno, como son los amigos, hermanos, padres o profesores, muestra grandes diferencias entre los centros escolares. Si valoramos la gran influencia que tienen estos grupos en la experimentación con el tabaco, estamos obligados a incluirlos como elementos fundamentales en los programas de prevención de tabaquismo escolar, ya sea con programas de deshabituación o promoviendo el respeto al no fumador.

Las actitudes y creencias asociadas al consumo de tabaco, como creer que fumar ayuda a hacer amigos, que te hace parecer más interesante o que está de moda, también presentan diferencias significativas entre los cuatro grupos y han sido relacionadas por distintos estudios con el inicio de la conducta tabáquica (18,19).

Estas diferencias de actitudes y creencias ínter centros indicarían que los grupos se encuentran en diferentes momentos del proceso de maduración de la conducta tabáquica que podrían asociarse a distintas fases del modelo de Prochaska (20) en relación con el proceso de iniciación de la conducta tabáquica, pudiendo observarse entre los participantes en el estudio las fases de contemplación, preparación o experimentación descritas por el autor. De este modo, si se pudiese identificar el momento en el que se encuentra cada población sería posible adaptar los conceptos y metodologías de los programas preventivos a las características del grupo.

Observando todas las diferencias halladas en este estudio y teniendo en cuenta que se está trabajando sobre la población adolescente, con cambios muy rápidos en su proceso de maduración, sería necesario el estudio previo de cada grupo antes de aplicar cualquier programa de salud.

Por otro lado, a pesar de que los programas de prevención de tabaquismo en la escuela tengan unas características de metodología y objetivos válidos según se ha puesto de manifiesto en distintos meta análisis (21), sería difícil aplicar las mismas sesiones de un programa preventivo en todos los centros como se suele proponer en los programas de prevención de drogodependencias institucionalizados, haciéndose necesario adaptar los contenidos de las sesiones, que pueden ser diversos, a las características de la población escolar a la que van dirigidos, atendiendo al momento en el que se encuentran en relación al consumo de tabaco para alcanzar los objetivos propuestos en cada población.

También sería necesario incluir a los grupos de presión familiares en los programas preventivos debido a la gran influencia que

ejercen sobre el consumo de los escolares en estas edades.

Por último, al aplicarse contenidos distintos a cada grupo, la evaluación de la eficacia a corto y medio plazo de los programas de prevención debería hacerse en cada uno de los centros donde se aplican.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Kessler D.A.: "Nicotine addiction in young people". *N Eng J Med* 1995; 333: 186-9.
2. Ariza C, Nebot M: "Factores asociados al consumo de tabaco en una muestra de escolares de enseñanza primaria y secundaria". *Gac Sanit* 1995; 9: 101-10.
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Informe sobre la salud de los españoles: 1998*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999
4. Ariza C, Nebot M, Villalbí JR, Díez E, Tomás Z, Valmayor S: "Tendencias en el consumo de tabaco, alcohol y cannabis de los escolares de Barcelona (1987-1999)" *Gac Sanit* 2003; 17: 190-
5. Ariza C, Nebot M: "Predictores de la iniciación al consumo de tabaco en escolares de enseñanza secundaria de Barcelona y Lleida" *Rev Esp Salud Pública* 2002; 76(3): 227-38.
6. Nebot M, Tomás Z, Ariza C, Valmayor S, López MJ, Juárez O: "Predictores del inicio del inicio del hábito tabáquico en escolares a los tres años de seguimiento de una cohorte en Barcelona". En prensa. 2004
7. Skara S, Sussman S: "A review of 25 long-term adolescent tobacco and other drug use prevention program evaluations". *Prev Med* 2003; 37: 451-74
8. De Vries H, Mudde A, Leijts I, Charlton A, Vartiainen E, Buijs G et al.: "The European Smoking prevention Framework Approach (ESFA): an example of integral prevention". *Health Educ Res* 2003; 18(5): 611-26.
9. Gutiérrez García JJ, Usera Clavero ML, Fenollar Quereda P, Orodoñana Martín JR et al.: *Evolución de las conductas y factores relacionados con la salud de los escolares de la Región de Murcia. 1993-2001*. Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. 2003.
10. García Martínez P, Fernández Fernández A: *Memoria global del programa de prevención del consumo de tabaco y alcohol desarrollado en el IES Los Cantos de Bullas entre los años 1999-2003*. Registro municipal del Ayuntamiento de Bullas. 2004.
11. Comín E, Nebot M, Villalbí JR: *Estudi dels factors de risc lligats a l'estil de vida en l'edat evolutiva. El projecte FRISC de Barcelona*. Informe tècnic n.º 14 de l'Ajuntament de Barcelona: Àrea de Salut Pública.
12. Ariza C, Nebot M: "Factores asociados al consumo de tabaco en una muestra de escolares de enseñanza primaria y secundaria". *Gac Sanit* 1995; 9:101-109.
13. Comín E., Torrubia R., Mor J., Villalbí J.R: "Fiabilidad de un cuestionario auto administrado para investigar el nivel de ejercicio y el consumo de tabaco y alcohol entre escolares". *Med Clin (Barc)* 1997;108:293-298.
14. García P, Fernández A, Sánchez JM, Carrillo A, Abad E: "Ensayo controlado aleatorizado de un programa de promoción de la salud para prevención de tabaquismo en un grupo de escolares". *Revista de Calidad Asistencial*, enero-febrero 2005.
15. Díez E, Varonil J, Nebot M, Juárez O, Martín M, Villalba JR: "Comportamientos relacionados con la salud en estudiantes de secundaria: relaciones sexuales y consumo de tabaco, alcohol y cannabis". *Gac Sanit* 1998; 12:272-280.
16. Nebot M, Tomás Z, Ariza C, Valmayor S, Mudde A: "Factores asociados con la intención de fumar y el inicio del hábito tabáquico en escolares: resultados del estudio ESFA en Barcelona". *Gac Sanit* 2002; 16: 131-138.
17. Díez E, Villalbí JR, Nebot M, Aubá J, Sanz F: "El inicio del consumo de tabaco en escolares: estudio transversal y longitudinal de los factores predictivos". *Med Clin (Barc)* 1998; 110:334-9.
18. González JM, Romero A. "Factores inductores en la iniciación al tabaco". En: Jiménez CA. *Aproximación al tabaquismo en España*. Ed. Nicorette, Pharmacia & Upjohn S.A. 1996; 39-50.
19. García P, Carrillo A, Fernández A, Sánchez JM: "Factores de riesgo en la experimentación y consumo de tabaco en estudiantes de 12 a 14 años. Actitudes ante el tabaco y consumo de los grupos de presión". (En prensa)
20. Pallonen UE, Prochaska JO, Velicer WF, Prokhorov AV, Smith NF: "Stages of acquisition and cessation for adolescent smoking: an empirical integration". *Addict Behav* 1998; 23(3):303-24.
21. Fernández S, Nebot M, Jané M: "Evaluación de la efectividad de los programas escolares de prevención del consumo de tabaco, alcohol y cannabis: ¿qué nos dicen los meta análisis?" *Rev Esp Salud Pública* 2002; 76:175-87.

# PRIMER PREMIO PÓSTER

## VALORACIÓN DE LA DISMINUCIÓN DEL DOLOR EN PACIENTES CRÓNICOS A TRAVÉS DEL PROGRAMA DE RELAJACIÓN CON MOVIMIENTO. UN ESTUDIO ICONOGRÁFICO

### PÓSTERS

#### Primer premio

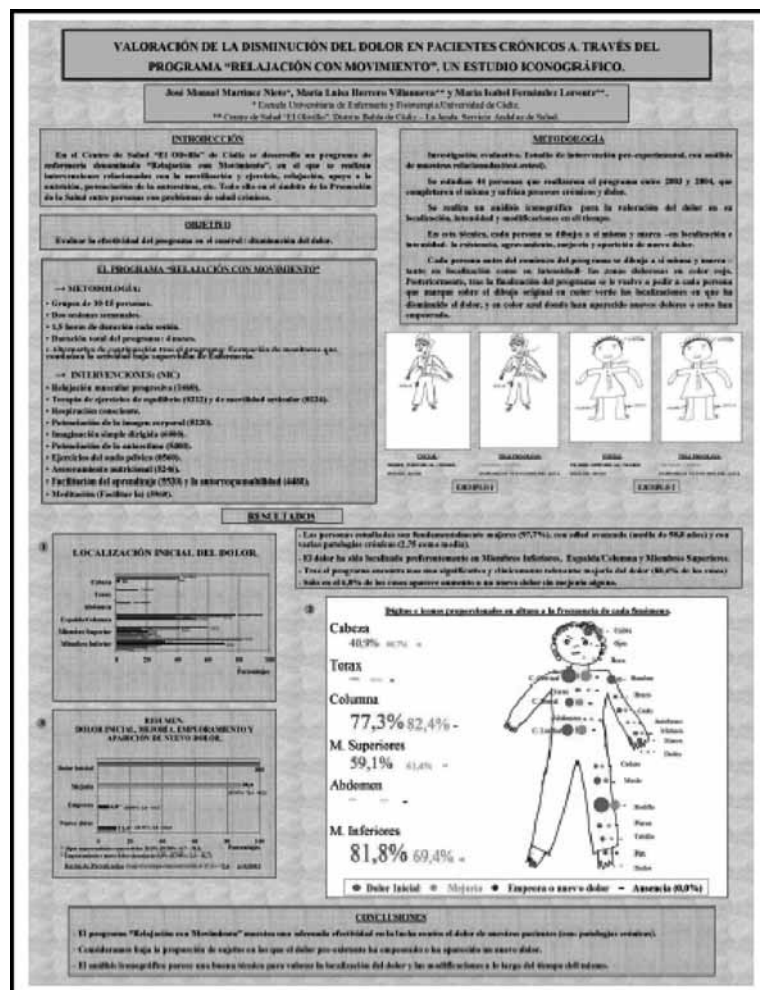
Título: *Valoración de la disminución del dolor en pacientes crónicos a través del programa de Relajación con Movimiento. Un estudio iconográfico.*

Autores: Martínez Nieto, JM (Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Cádiz); Herrero Villanueva, ML (CS El Olivillo, Distrito Bahía de Cádiz-La Janda, SAS); Fernández Llorente MI (CS El Olivillo, Distrito Bahía de Cádiz-La Janda, SAS).

#### Accésit:

Título: *El itinerario terapéutico desde la perspectiva de los inmigrantes ecuatorianos en Bilbao.*

Autores: Gainza García, I; Royo Sánchez, P (Escuela Universitaria de Enfermería del País Vasco, Bilbao).



# Conclusiones del I Congreso Internacional de Enfermería Comunitaria, IV de Faecap y II de SEMAP

---

*Mesa Debate: “Desde Alma-Ata hasta nuestros días. Luces y sombras de la Enfermería Comunitaria”*

**Linda Lathan (Irlanda):** Presidenta de la Asociación Irlandesa de “Practice Nurses”. **Manuel López Morales (España):** Presidente de la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención primaria (FAECAP). **Moderador: José Miguel Morales Asencio (España):** Delegado para relaciones internacionales de FAECAP.

*El rol de la práctica avanzada de la Enfermería Comunitaria requiere el aumento de la autonomía y capacidad de resolución, una población adscrita por enfermera, el aumento de la accesibilidad de la población, el aumento de la iniciativa y desarrollo en la investigación y asumir el liderazgo de la Salud Comunitaria*

*El marco de diversidad actual del ejercicio profesional hace más relevante que nunca, la necesidad de establecer vínculos de apoyo mutuo a nivel internacional.*



*I Mesa redonda: “Necesidad de salud según las poblaciones. Actuación de la enfermera comunitaria”*

**M.ª Nubia Romero (Colombia):** Directora de la EU de Enfermería de la Universidad Tecnológica y Pedagógica de Colombia. Tunja, Boyacá. **Rachel Spector (Reino Unido):** Consultora de Enfermería Comunitaria, Profesora Honoraria de la Universidad de Alicante. **Ex Presidenta de la Transcultural Nursing Society. Joan Carles Contel:** Adjunto de Enfermería de Atención Primaria, Instituto Catalán de la Salud, Profesor Asociado Universidad de Barcelona, Experto en atención domiciliaria. **Moderadora: Rosa Arnal Selfa (España):** Directora de Enfermería de Atención Primaria, Servicio Madrileño.

*La Enfermera Comunitaria debe integrar, para poder desarrollar el cuidado, las creencias en salud que tiene la población y las prácticas tradicionales que desarrolla.*

*La Enfermera Comunitaria ha consolidado el liderazgo profesional en la Atención Domiciliaria, cuyos modelos organizativos se van adaptando a los cambios sociales de la población.*

*II Mesa redonda: “Formas de participación comunitaria. La enfermera como mediadora”*

**Marco Marchioni (Italia):** Sociólogo, experto en formación sobre participación comunitaria. **Denise Gastaldo (Canadá):** Profesora de la Universidad de Toronto. **Manuela Lacida Baró (España):** Técnico de la Dirección Regional de desarrollo e innovación de cuidados del Servicio Andaluz de salud. **Jovita Páez Armenteros (Cuba):** Presidenta de la Asociación Cubana de Enfermería. **Miembro del Consejo Internacional de Enfermería (CIE). Moderadora: Flora Espejo Matorrales (España):** Subdirectora de Enfermería de Atención Primaria, Servicio Madrileño de Salud.

*La población debe implicarse en la salud a través de la participación comunitaria en la salud con la complicidad de la administración.*

*Aumentar el número de profesionales, como única medida, no garantiza una mejora de la salud de la población. La visión estratégica se encuentra en la implicación de la población.*

*Hay que hacer hincapié en potenciar la participación de la población, de los sujetos de enlace y los informantes clave.*

*La “enfermera gestora de casos”, la “enfermera de enlace”... estos diferentes modelos pueden constituir un elemento impulsor de cambios, ya que gestiona y/o aplica los cuidados domiciliarios de forma coordinada con todos los profesionales implicados en la atención de los pacientes y sus cuidadores.*

### III Mesa redonda: "Formación en Enfermería Comunitaria. Análisis comparativo internacional"

**Esperanza Arriaga Piñeiro (España):** Presidenta de la Asociación Española de Enfermería Docente (AEED). **Concha Germán Bes (España):** Profesora de la Universidad de Zaragoza. Experta del proyecto europeo Tuning. **Emilia Sánchez Chamorro:** Subdirectora General de Especialidades en Ciencias de la Salud del Ministerio de Educación y Ciencia. **Moderador: José Antonio Egea Velázquez (España):** Director de la Revista "Enfermería Comunitaria".

*El título de grado para garantizar las competencias genéricas y específicas de la enfermera debe ser de 240 créditos (si bien hay opciones que prefieren un grado de 180).*

*La Comisión Nacional de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria se constituirá antes de final de año.*

*Por fin académicamente la Enfermería deja de tener "techo" y puede acceder al doctorado.*

*Sería deseable y muy adecuado contabilizar las especialidades con un determinado número de créditos al cursar un master académico y acceder después al doctorado.*

### IV Mesa redonda: "Investigación en Enfermería Comunitaria. Buscando la evidencia"

**Claire Goodman (Reino Unido):** Directora de la Unidad de Investigación de Enfermería de Atención Primaria de la Universidad de Londres. **Alberto Gálvez Toro (España):** Director de la revista Evidencia y del Observatorio: "Enfermería Basada en la Evidencia". **Nicky Cullum (Irlanda):** Directora del Centro de Enfermería Basada en la Evidencia de la Universidad de Cork. **Editora de "Evidence Based Nursing".** **Moderador: Manuel Amezcua (España):** Presidente de la Fundación INDEX.

*La investigación y la evidencia son las herramientas más robustas que ayudan a la enfermera a tomar ciertas decisiones en su día a día.*

*Debemos buscar reconocimiento político para la obtención de recursos y fondos para investigar.*

*Sólo si desarrollamos programas de investigación sensibles a los políticos y a las necesidades de práctica clínica, podremos seguir avanzando.*

### V Mesa redonda: "El papel de la enfermera comunitaria en cooperación al desarrollo. La educación para la salud con la población"

**Cristina Rey Francisco:** Enfermera Consultora de la Unión Europea en Cooperación Internacional para el Desarrollo. **Modesta Medja (Guinea Ecuatorial):** Directora Nacional de Enfermería de Guinea Ecuatorial. **Julia García Salinero:** Enfermera Consultora en Cooperación Internacional para el Desarrollo

*El objetivo de la cooperación es que las personas o grupos lleguen a ser autónomos.*

*El desarrollo es elevar la dignidad de las personas y para ello además de recursos apropiados se necesita voluntad.*

*Para mejorar la cooperación es necesaria que Enfermería esté en los órganos de decisión.*

*La Comunicación presentada por el Grupo de Metodología del Área V de Gijón ofrece los resultados obtenidos tras la implantación en dicho Área de la metodología enfermera como estrategia de planificación de la actividad enfermera.*

*Las conclusiones ponen de manifiesto que esta estrategia ha sido determinante para que la implantación de la metodología enfermera se esté desarrollando de manera satisfactoria.*

*Son varias las circunstancias que determinan que este proceso haya obtenido estos resultados en el Área Sanitaria V. De entre ellas, cabe destacar, por un lado, el importante esfuerzo de los profesionales de enfermería del Grupo de Metodología, así como de las Comisiones de Cuidados del Área.*

*Por otra parte, el apoyo decidido de la Dirección de Enfermería del Área para que la Metodología Enfermera sea la estrategia fundamental de la actividad enfermera.*



# Resultado del proceso de implantación de la metodología enfermera en un área de salud

## AUTORES:

Velasco Castañón, E.  
Alonso Pérez, F.  
Del Castillo Arévalo, F.  
Fernández Fidalgo, D.  
Vicente Antón, M.J.  
Álvarez Suárez, J.L.

## OBJETIVOS

Describir, tras dos años de desarrollo de un proyecto estratégico para la enfermería, los resultados de la implantación de la metodología enfermera en el Área Sanitaria V de Gijón (Asturias).

## MATERIAL Y MÉTODOS

- Estudio descriptivo de resultados de proceso de las estrategias de formación, implantación y elaboración de la herramienta.
- Estudio descriptivo de resultados intermedios de datos de utilización de la metodología.
- Datos elaborados a partir de las tablas del programa OMI-AP. Todos con Access y SPSS.

## CARACTERÍSTICAS Y RECURSOS

- Centros de Salud.
- 1 Ambulatorio Modelo Tradicional.
- ESAD.
- Área con menor extensión de Asturias.
- Área con mayor población de Asturias (300.000 hab.)

## ESTRATEGIA DE IMPLANTACIÓN

### 1. Comisión de Cuidados del Área. Dos enfermeras por Centro.

- Elaboración reglamento de la Comisión.
- Diseño y seguimiento de las estrategias de implantación.
- Identificación de necesidades de formación.
- Desarrollo y mejora de herramienta informática (OMI-AP).

### 2. Formación Metodología:

- Cursos sobre OMI-Planes de Cuidados.
- Cursos de Metodología Avanzada que realizaran la totalidad de enfermeras de la Comisión de Cuidados del Área.
- Cursos de Metodología Básica para todas las enfermeras del Área.

### 3. Actividades:

- Elaboración de Planes de Cuidados Estandarizados por la Comisión de Cuidados.
- Elaboración de un protocolo de Valoración Abreviada (VAE) en colaboración con el Área VI.
- Sesiones de casos clínicos en todos los equipos
- Sesiones de Área.

## RESULTADOS

### 1. De proceso:

- Constitución de la Comisión de Cuidados.
- Formación de > 100 horas de sus miembros.
- Formación al menos 20 horas todas las enfermeras de equipos del Área (145).
- Realización sesiones clínicas de metodología en todos los equipos y sesiones de área.
- Elaboración Planes Estandarizados.
- Elaboración de Protocolo de Valoración Abreviada (VAE), conjuntamente con Área VI.
- Desarrollo de un sistema de explotación de datos.

### 2. De resultado:

- Se realizaron 238.909 valoraciones utilizando protocolos de enfermería.
- 103.325 pacientes distintos fueron valorados por algún protocolo de enfermería.
- Se generaron 6.680 Diagnósticos de enfermería.
- 1.757 Valoraciones / enfermera.
- 760 Pacientes valorados / enfermera.

- 50 diagnósticos de enfermería / enfermera.

## CONCLUSIONES

La inclusión de la metodología como proceso estratégico dentro de la planificación del Área ha sido determinante para que su implantación se vaya desarrollando de manera satisfactoria.

## ESTRATEGIAS DE FUTURO

- Avanzar en la formación en taxonomías NANDA, NOC y NIC para incrementar la utilización del proceso completo.
- Formación y mejora en la herramienta informática.
- Mejora y sistematización del sistema de información.



<b>Equipo</b>	<b>CrPC</b>	<b>InmPC</b>	<b>TerPC</b>	<b>TTPC</b>
EAP Severo Ochoa	15805	268	14	16087
EAP Contrueces	4369	190	12	4571
EAP Calzada	15340	97	6	15443
EAP Parque	8021	31	0	8052
EAP Natahoyo	8146	81	5	8232
EAP Candás	3696	31	2	3729
EAP Coto	6702	58	22	6782
EAP Llano	10945	120	13	11078
EAP Laviada	6695	13	2	6710
EAP Villaviciosa	2946	26	4	2976
EAP Zarracina	1805	3	0	1808
EAP Perchera	6894	75	12	6981

<b>Equipo</b>	<b>P1</b>	<b>P2</b>	<b>P3</b>	<b>P4</b>	<b>P5</b>	<b>P6</b>	<b>P7</b>	<b>P8</b>	<b>P9</b>	<b>P10</b>	<b>P11</b>	<b>Total</b>
EAP S. Ochoa	2350	10160	591	9413	76	970	15	59	325	7	3	23969
EAP Contrueces	975	5519	487	8533	236	97	42	184	463	6	2	6544
EAP Calzada	456	3653	279	4717	52	205	17	31	134	4	5	9553
EAP Parque	857	10445	668	6777	29	34	6	17	74	5	1	18913
EAP Natahoyo	1176	5834	518	4834	194	208	88	45	103	36	6	13042
EAP Candás	151	501	8	553	0	2	1	1	18	0	0	1235
EAP Coto	412	3742	548	4074	118	207	14	76	305	3	0	9499
EAP Llano	1394	6822	543	6958	48	459	13	19	1076	4	3	17339
EAP Laviada	869	4141	487	3780	373	789	258	129	178	116	40	11160
EAP Villaviciosa	442	4014	284	6229	49	464	36	20	89	4	0	11631
EAP Zarracina	325	2299	103	4632	2	16	0	4	88	0	0	7469
EAP Perchera	364	3064	262	2106	11	84	12	30	165	7	1	6106

<b>Equipo</b>	<b>DP1</b>	<b>DP2</b>	<b>DP3</b>	<b>DP4</b>	<b>DP5</b>	<b>DP6</b>	<b>DP7</b>	<b>DP8</b>	<b>DP9</b>	<b>DP 10</b>	<b>DP 11</b>	<b>D Total</b>
EAP Severo Ochoa	65	620	16	18	0	62	6	7	2	1	0	797
EAP Contrueces	237	935	29	35	5	69	4	14	0	1	0	1329
EAP Calzada	176	411	34	68	11	24	4	5	1	0	0	734
EAP Parque	7	286	8	0	0	0	0	1	0	0	0	302
EAP Natahoyo	232	247	13	12	0	104	1	10	0	0	0	619
EAP Candás	6	189	1	2	0	0	0	0	0	0	0	198
EAP Coto	23	68	4	4	0	1	1	1	0	0	0	102
EAP Llano	81	597	42	36	11	51	7	13	0	1	1	840
EAP Laviada	117	165	8	92	13	39	13	5	2	3	0	457
EAP Villaviciosa	42	524	7	16	3	25	1	2	0	0	0	620
EAP Zarracina	4	164	2	0	0	0	0	0	0	0	0	170
EAP Perchera	80	334	14	34	4	20	10	16	0	0	0	512

## Boletín de inscripción

### DESEO FORMALIZAR MI INSCRIPCIÓN EN SEAPA

SEAPA garantiza la confidencialidad de todos los datos que figuran a continuación:

#### Datos personales

Nombre	<input type="text"/>
Apellido 1.º	<input type="text"/>
Apellido 2.º	<input type="text"/>
Dirección	<input type="text"/>
Ciudad y C.P.	<input type="text"/>
Teléfono	<input type="text"/>
Correo electrónico	<input type="text"/>

#### Lugar de trabajo

Centro de trabajo	<input type="text"/>
Dirección	<input type="text"/>
Ciudad y C.P.	<input type="text"/>
Teléfono	<input type="text"/>
Fax	<input type="text"/>
Correo electrónico	<input type="text"/>

#### Orden bancaria (tarifa: 18,03 euros/año)

N.º de cuenta (20 dígitos)	<input type="text"/>
Banco o caja	<input type="text"/>
Agencia n.º	<input type="text"/>
Fecha	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Ruego que a partir de la fecha y hasta nuevo aviso, abone con cargo a mi cuenta/libreta de ahorros los recibos que les sean presentados por SEAPA (Sociedad de Enfermería de Atención Primaria de Asturias).

Firma del titular: