



# SEAPA

**SOCIEDAD DE ENFERMERÍA DE  
ATENCIÓN PRIMARIA ASTURIAS**

AÑO VI • DICIEMBRE 2007

## SUMARIO

*Editorial*

**págs. 2-3**

*Concienciar la confidencialidad*

**págs. 4-5**

*Prescripción enfermera:*

*¿nuevas competencias?*

**págs. 6-10**

*Abordaje de las situaciones  
conflictivas en los centros sanitarios  
del Principado de Asturias*

**págs. 11-13**

*Testimonio de una enfermera que  
cuida a los que cuidan*

**págs. 14-15**

*La SEAPA impulsa la EPS en el  
trabajo diario de la enfermería  
comunitaria asturiana. ¿Por qué?*

**págs. 16-17**

*Página web de SEAPA*

**pág. 18**

*Información para autores*

**pág. 18**

*Boletín de inscripción*

**pág. 19**

## JORNADA-DEBATE

# La prescripción enfermera Asamblea Anual de SEAPA

**Celebrada el 8 de noviembre del 2007**

Salón de Actos del Hospital Monte Naranco





## SEAPA

SOCIEDAD DE ENFERMERÍA DE  
ATENCIÓN PRIMARIA ASTURIAS

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

**Año VI • Diciembre 2007**

**EDITA:** SEAPA.

Sociedad de Enfermería de  
Atención Primaria de Asturias

**Dirección:** c/ Víctor Sáenz, 5. Bajo  
- 33006 Oviedo

**Teléfono:** 679 214 378

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

**Web:** www.seapaonline.org

**Coordinador del boletín:**

Santiago González Sánchez  
(Centro de Salud del Llano)

**Comité editorial:**

Marta Pisano González  
(Centro de Salud de Ujo)

Concha Fernández González  
(Centro de Salud del Quirinal)

Yolanda Cotiello Cueria  
(Centro de Salud de Villaviciosa-  
Periférico Venta Las Ranas)

Ana Covadonga González Pisano  
(Centro de Salud de Villablino)

Emma Alonso García  
(Centro de Salud San Juan  
de la Arena)

Antonio Iglesias Ojea  
(Área Sanitaria I. Jarrío)

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

**Imprime:** Grafinsa (Oviedo)



**E**stimados soci@s: Se acerca el final del año, y llega el momento de hacer balance. De sopesar y valorar qué cosas hemos hecho y cómo, para replantearnos el trabajo de un nuevo año 2008.

En septiembre de 2006 comenzó la andadura nuestra junta directiva. Las líneas de acción estaban claras y así lo expusimos en la Asamblea de socios.

Quiero recordar los tres grandes retos que nos planteamos:

1. Continuar con la labor iniciada en las juntas anteriores.

- De presencia de SEAPA en los foros e instituciones asturianas como sociedad científica de prestigio y reconocimiento.
- De colaboración con FAECAP.

2. Aumentar la red de SEAPA, por medio de la participación de sus socios en muchas de las tareas que históricamente recaen en los miembros de la Junta.

3. Iniciar algún grupo o foro de trabajo enfermero en el seno de SEAPA.

Voy a repasar uno por uno los tres puntos mencionados.

Con respecto a la presencia en distintos foros, SEAPA ha estado presente en:

- Seminario de Participación Comunitaria en Salud. Gijón Octubre/Noviembre 2006.
- Jornada de Embajadora de Gijón Eugenia Vidal Villacampa. Gijón 21 de noviembre de 2006.
- Taller de Investigación de la Ficyt. Oviedo 27 de noviembre de 2006.
- Comité de Valoración de las II Jornadas de Calidad del SESPA. Oviedo, 14 y 15 de diciembre de 2006.
- Comité Asesor de Vacunaciones de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias. Diciembre 2006.

- Comité de Valoración de las Jornadas de Humanización y Confortabilidad del SEAPA. Oviedo 15 de febrero de 2007.

- Comités de Contraste de Desarrollo de Carrera Profesional de Atención Primaria y de Sistemas de Información del SEAPA

- Jornadas de Investigación de Lynda Eiken «Investigación en resultados de enfermería: implicaciones para la práctica clínica, la investigación y la gestión sanitaria». Madrid 2 de marzo de 2007.

- Asociación vecinal de A Pie de Barrio

- Homenaje a Benito Otero. Gijón 3 de mayo de 2007.

- XI Encuentro Internacional de Investigación en Enfermería. Madrid. 14-16 de noviembre.

- V Congreso Estatal de la FAECAP (Federación de Asociaciones de Atención Primaria). Barcelona 15-17 de noviembre de 2007.

En lo que se refiere a la colaboración y apoyo a FAECAP:

- Representación en el Comité Científico del Congreso de Barcelona.

- Representación de SEAPA en la Revista de la FAECAP.

- Revisión y documentación de informes sobre:

1. Puntos estratégicos de FAECAP para la mejora de la Atención Primaria.

2. Documento de presentación de FAECAP en el Ministerio de Sanidad.

3. Documento de Prescripción enfermera de FAECAP.

4. Documento de Análisis y Propuestas de mejora del trabajo en Atención Primaria.

5. Revisión de guías clínicas: nutrición, ELA y Epidermólisis bullosa.

- Desplazamiento de SEAPA a Bilbao para el apoyo a la formación de la Sociedad de Euskadi.

- Apoyo en las decisiones, conclusiones y tareas que se derivan del trabajo previo y posterior a las Juntas de FAECAP.

Respecto al punto dos, hemos intentado aumentar la participación de los socios de la SEAPA.

- Antonio Urizar en Comité Asesor de Vacunaciones de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias.
- Rosa Fernández Nantes Rosa Fernández García en su constante presencia y asistencia a las reuniones semanales de A Pie de Barrio.
- Charo García Cañedo, Mercedes Nuño, Fernanda del Castillo, Marta Pisano y M.<sup>a</sup> Ángeles Busto en el Comité de Contraste de Atención Primaria del SESPA.
- Dolores Mirón y Marta Pisano en el Comité de Sistemas de Información de Primaria del SESPA.
- Marta González Sánchez, Luis Suárez Quirós, Fernando Alonso Pérez, José García Vázquez, Rosario Sánchez Fernández, Elena Fernández Ardisana, Gonzalo Merediz Blanco, Selica Issusi Hurler, Carmen González Careño, M.<sup>a</sup> José Rey Ruiz, Blanca Alvargonzález Terrero, Mari Carmen Fernández Sirgo en el grupo de Educación para la Salud de la SEAPA.
- Elena Fernández Ardisana en un taller de las Jornadas de Primavera de SEAPA,
- Antonio Ojeda impartiendo un taller en las Jornadas de Primavera de SEAPA.
- Emilio Velasco en la introducción y acompañamiento de SEAPA a la asociación vecinal de A Pie de Barrio.
- Javier Estrada en el impulso del nuevo Boletín de SEAPA.
- Carmen Chamizo en el Comité Científico del Congreso Estatal de FAECAP.

Y la siempre constante, presente, incansable y agotadora participación de todos y cada uno de los miembros de la Junta de SEAPA: Yolanda Cotiello Cueria, Ana González Pisano, Concha Fernández González, Ana Cao Fernández, Santiago González Sánchez y Enma Alonso García.

Además, SEAPA colabora activamente en la creación y revisión de documentos diversos:

- Documento de Informe de Salud. Valoración de la dependencia.
- Puntos estratégicos de SEAPA (publicados en el último boletín).
- Participación en la elaboración de la última guía manual de metodología enfermera del SESPA.
- Difusión del folleto editado por el SESPA y la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios «El cuidado de las personas inmovilizadas y de quienes las cuidan».

Nuestro tercer objetivo fue iniciar algún grupo/foro de trabajo enfermero en el seno de SEAPA:

- Se ha creado el grupo de EDUCACION PARA LA SALUD que coordina Yolanda Cotiello Cueria.
- Se han organizado las Jornadas de Primavera, con un toque de funciones y nuevos alcances profesionales enfermeros. Un nuevo reto de convivencia entre compañeros para iniciar formación y capacidades en nuevas prácticas y capacitaciones enfermeras. Primeras Jornadas de la SEAPA acreditadas por el Ministerio de Sanidad.
- Se han coordinado unas Jornadas de Prescripción Enfermera, en las que se ha cumplido un doble objetivo. Por un lado responder e informar sobre temas de actualidad y, por otro, hacerlo conjuntamente a nuestros compañeros enferme-

ros desde otros puntos de vista: de la administración sanitaria (Consejería), del Colegio profesional, del SATSE (sindicato profesional), y desde otra comunidad autónoma (Andalucía).

Aprovecho esta editorial para informaros de las novedades más relevantes del momento:

- Nuevas incorporaciones a la Junta de SEAPA: Enma Alonso García y Santiago González Sánchez.
- Nueva presidenta de la FAECAP: Maribel Macián Moro. Murcia.
- Dos nuevas Sociedades de unen a la FAECAP: la Gallega (AGEFEC) y la Vasca (EFEKEZE).

Tampoco quisiera finalizar este año sin un agradecimiento especial a María Amor Muñoz por su apoyo incondicional y su respaldo constante a nuestra sociedad científica y a todas las direcciones de enfermería de las Áreas de Salud, que han facilitado a las enfermeras acudir a los actos organizados desde la SEAPA.

Y, para los que estoicamente habéis conseguido leer todo el editorial, y habéis llegado a este último párrafo, quiero compartir con vosotros la alegría e ilusión de anunciaros que celebraremos en Asturias en el 2009 el próximo Congreso Nacional de la FAECAP.

Contamos con la ayuda de todos vosotros.  
¡¡¡Feliz Navidad!!!

MARTA PISANO GONZÁLEZ

# Concienciar la confidencialidad

---

*La confidencialidad es sin lugar a dudas un valor en alza, que constituye un derecho para todos los usuarios del sistema de salud*

## **Emilia Romero de San Pío**

(Enfermera UCI. Hospital Central)

## **María Jesús Romero de San Pío**

(Enfermera UCI. Hospital Central)

En los últimos años y en campos tan variados como el derecho, la medicina, la enfermería, se han venido desarrollando importantes conceptos con connotaciones tanto éticas como legales tan profundas y diversas que merecen nuestro más detallado conocimiento como profesionales del derecho o de la sanidad. Términos como la bioética, la confidencialidad, el testamento vital o la limitación del esfuerzo terapéutico, devienen protagonistas en el día a día asistencial. Sin embargo, si no tomamos plena conciencia de su significado y contenido, los vaciaremos de sentido y los convertiremos en simples palabras teóricas, muy de moda, eso sí, pero nada más. Debemos, por tanto, como profesionales en nuestro caso del campo de la enfermería, profundizar en una toma de conciencia seria y amplia de los nuevos retos que estos nuevos conceptos nos demandan en el presente más actual y cotidiano. Llevarlos hacia nuestro interior para que arraiguen en él, automatizar y concienciar todos los aspectos éticos y morales que se deriven de ellos, lo cual nos llevará a hacerlos nuestros de forma natural, lo mismo que se aprende una lengua materna o las matemáticas básicas en el colegio.

Sería muy difícil y largo hacer un comentario de la multitud de matices que cada concepto nos puede evocar; así pues, para este pequeño comentario, queremos fijarnos en uno sólo de estos términos, en concreto, en la confidencialidad.

*Cada vez se está tomando más en serio por parte de las instituciones públicas y privadas la obligación de velar por la defensa de la confidencialidad. Y así debe ser. Somos conscientes del aumento en la última década de las demandas judiciales debidas a la violación de éste derecho incuestionable de las personas. Muchos profesionales somos testigos de la necesidad de que ello cambie y está en nuestras manos.*

La confidencialidad es sin lugar a dudas un valor en alza, que constituye un derecho para todos los usuarios del sistema de salud y un deber que resguardar y proteger por nuestra parte como profesionales de enfermería en nuestro trabajo diario.

Cada vez se está tomando más en serio por parte de las instituciones públicas y privadas la obligación de velar por la defensa de este bien tan preciado. Y así debe ser. Somos conscientes del aumento en la última década de las demandas judiciales debidas a la violación de este derecho incuestionable de las personas. Muchos profesionales somos testigos de la necesidad de que ello cambie y está en nuestras manos.

Se nos vienen a la mente numerosas ocasiones en las que de forma «inocente» hemos infringido nuestro deber de discreción o hemos sido testigos de su violación

por parte de los integrantes del equipo sanitario. Comentarios acerca de determinados aspectos relacionados con el proceso de tratamiento, la enfermedad, detalles de la historia clínica de tal o cual enfermo, realizados en ascensores, pasillos, lugares públicos, cafeterías no deben realizarse, debe ser una práctica que se debería erradicar para siempre y por completo, para lo cual tendríamos que tener siempre presente la obligación moral que se nos exige de preservar en todo momento y situación la confidencialidad de todo aquello que atañe al cuidado de las personas que están bajo nuestra responsabilidad.

El código penal aprobado en el año 1995 es duro en cuanto a la defensa del secreto profesional y contempla las penas en las que se incurriría si se procediese a la revelación o divulgación de aspectos relacionados con el manejo de nuestros enfermos.

En su texto, queda totalmente dibujada la figura delictiva de violación del secreto profesional, haciendo gran hincapié en la mayor gravedad del delito si el autor del mismo forma parte de la profesión sanitaria. Es por tanto obligación nuestra, la tarea de salvaguardar con mimo y delicadeza cualquier detalle que por nuestra condición

sanitario o no autorizadas expresamente para el conocimiento de dichos datos. En este sentido de protección legal de la confidencialidad, destaca también la ley 41/2002 del 14 de noviembre reguladora de los derechos y obligaciones en materia de documentación y de información clínica, en cuyo artículo siete, capítulo tercero, establece el

te implicados en el manejo de dicho paciente y siempre los comentarios realizarlos en las áreas destinadas a tal efecto, fuera de « oídos indiscretos.

Teniendo en cuenta estos sencillos consejos, podremos preservar en todo momento la seguridad e integridad de nuestros pacientes y nuestra propia seguridad frente a posibles demandas por quebrantamiento del secreto profesional.

Vaya en ello nuestro esfuerzo diario y nuestra necesaria concienciación.

*El Convenio de Estrasburgo de 1981 sobre la protección de datos personales es también importante y básico en este sentido y fue el principal inspirador de la ley orgánica del 13 de diciembre de 1999 sobre la protección de datos cuyo fin primordial es el de asegurar la confidencialidad en el ámbito de la salud y el de impedir el acceso a datos clínicos por parte de terceras personas o de personas ajenas al proceso sanitario o no autorizadas expresamente para el conocimiento de dichos datos*

#### **BIBLIOGRAFÍA**

- Código Deontológico de la Enfermería Española.
- Texto básico de la ley 41/2002 de 14 de noviembre.
- Texto básico de la ley 16/2003 sobre cohesión y calidad del Sistema de Salud Nacional.
- Código penal 1995, texto básico.
- *Medicina legal y judicial. Legislación y jurisprudencia españolas*. C. Simonin. Ed. jims. Barcelona.
- *Enfermería legal y forense. Curso de enfermería forense*. Rocañín y Forneiro. UNED 2003.

sanitaria se nos haya entregado en aras del tratamiento, mejora y curación de las personas a nuestro cargo. La gravedad de la situación de la violación del secreto profesional se plasmará en la pena que se pueda imputar al profesional, que podría ir desde multa pecuniaria a inhabilitación profesional por un periodo de tiempo determinado hasta la pena de prisión que puede dilatarse de uno a cuatro años.

El Convenio de Estrasburgo de 1981 sobre la protección de datos personales es también importante y básico en este sentido y fue el principal inspirador de la ley orgánica del 13 de diciembre de 1999 sobre la protección de datos cuyo fin primordial es el de asegurar la confidencialidad en el ámbito de la salud y el de impedir el acceso a datos clínicos por parte de terceras personas o de personas ajenas al proceso sa-

derecho a la intimidad de todos los pacientes y usuarios y la obligación por parte de los centros sanitarios de cumplir con esta premisa de confidencialidad.

Todo ello nos debe llevar a una preocupación por su cumplimiento de forma estricta, máxime conociendo que la violación de la misma es constitutiva de una falta grave a la que ninguno de nosotros nos gustaría enfrentarnos nunca.

De ahí la idea inicial de nuestro comentario: la necesidad por nuestra parte de una interiorización y concienciación lo más seria y absoluta posibles para no realizar en ninguna situación, ni consciente ni inconscientemente, comentario alguno sobre ningún aspecto de la situación, tratamiento, evolución de un paciente, ni de ninguna información de la historia clínica del mismo, fuera del ámbito de los profesionales directamen-

# Prescripción enfermera: ¿nuevas competencias?

SEAPA, Jornada sobre Prescripción Enfermera, noviembre del 2007

*En nuestro país reivindican la prescripción enfermera diversas organizaciones como: Comunidades Autónomas, Sindicatos, algunas Sociedades Científicas Médicas y también desde el Ministerio de Sanidad*

## **Fernanda del Castillo Arévalo**

(Enfermera C.S. Contrueces-Gijón)

El 29 de junio de 2006, el Pleno del Congreso de los Diputados aprobó en nuestro país la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. En esta disposición se estipula expresamente que los médicos y odontólogos son los únicos con capacidad de prescribir; no se contempla, pues, la posibilidad de que enfermeros, farmacéuticos o podólogos puedan participar en el proceso de prescripción.

### **DISPOSICIÓN ADICIONAL DUODÉCIMA.**

*De la revisión de los medicamentos sujetos a prescripción.*

*Para facilitar la labor de los profesionales sanitarios que, de acuerdo con esta Ley, no pueden prescribir medicamentos, en el plazo de un año el Ministerio de Sanidad y Consumo establecerá la relación de medicamentos que puedan ser usados o, en su caso, autorizados para estos profesionales, así como las condiciones específicas en las que los puedan utilizar y los mecanismos de participación con los médicos en programas de seguimiento de determinados tratamientos.*

La práctica de nuestra actividad frente a esta Ley nos ha llevado a una situación de clara ilegalidad, al parecer, con una responsabilidad jurídico-penal por un delito de intrusismo y también por un delito de imprudencia por asunción (asumir tareas para las que no se está legalmente habilitado) que puede conllevar penas de inhabilitación; además las instituciones para las que trabajamos tienen responsabilidad civil subsidiaria.

La OMS en el año 2002, dentro de las medidas reguladoras para favorecer el uso



racional de los medicamentos, estableció que: «se deberían emitir licencias para los profesionales sanitarios (médicos, enfermeras y paramédicos) para asegurar que todos sean lo suficientemente competentes para diagnosticar, recetar y dispensar.»

Así mismo, en nuestro país reivindican la prescripción enfermera diversas organizaciones como: Comunidades Autónomas, Sindicatos, algunas Sociedades Científicas Médicas y también desde el Ministerio de Sanidad en su publicación *Proyecto AP21. Marco estratégico para la mejora de la Atención Primaria de Salud 2007-2012* publicado en diciembre 2006 en su «Estrategia 17: Impulsar el uso racional y de calidad de los medicamentos»:

*Promover el establecimiento de una relación de medicamentos que puedan ser usados o autorizados por los profesionales de enfermería, así como las condiciones específicas en las que los puedan utilizar y los mecanismos de participación con los médicos en programas de seguimiento de determinados tratamientos.*

### **¿QUÉ SE ENTIENDE POR PRESCRIPCIÓN?**

Según el *Diccionario enciclopédico ilustrado de Medicina Dorland*, Madrid, McGraw-Hill, 1992, se denomina *prescripción* a las instrucciones escritas para la preparación y la administración de un remedio. La Real Academia Española lo define como:

**PRESCRIBIR:** Preceptuar, ordenar, determinar algo. 2. Recetar, ordenar remedios.

La prescripción no está sólo referida a la indicación sobre medicamentos, sino también sobre dispositivos, productos sanitarios, hábitos, terapias no medicamentosas, etc.

Según un grupo de consenso y un estudio delphi dirigido por el Consejo General de Enfermería:

**PRESCRIBIR:** Emitir un criterio profesional sanitario dirigido al paciente por el que se propone la realización de una acción en virtud de un juicio clínico y terapéutico o de cuidados.

**RECETAR:** Cumplimentar un formulario que contiene la medicación, o el objeto de la prescripción que el profesional sanitario indica a un paciente acompañándose de instrucciones genéricas sobre su uso, y que normalmente se expide para ser presentado en una farmacia para su adquisición.

**PRESCRIPCIÓN ENFERMERA:** La capacidad de seleccionar, guiados por los criterios de buena práctica, diferentes materiales, productos y/o dispositivos encaminados a satisfacer las necesidades de salud del usuario-paciente y de la población, apoyados por el juicio clínico enfermero y administrados en forma de cuidados.

Vemos, por tanto, que la prescripción va más allá de la cumplimentación de una receta, ya que precisa una valoración previa del problema, un juicio clínico e implica in-

reconocimiento y avance profesional de la enfermería.

La actividad de la enfermera en Atención Primaria dentro del proceso de atención integral incluye actividades de promoción, prevención, tratamiento de enfermedades en su faceta de diagnóstico, tratamiento y paliación, educación sanitaria y rehabilitación de las secuelas e integración de la persona afectada a una vida normal, lo que algunos llaman readaptación.

Las enfermeras en el desarrollo de su función de cuidar llevan a cabo dos tipos de roles: el autónomo o independiente y el interdependiente o de colaboración.

De la misma manera, hay una prescripción enfermera independiente o autónoma y una interdependiente o de colaboración. La de colaboración, a su vez, puede ser individualizada o protocolizada.

### **ROL AUTÓNOMO Y PRESCRIPCIÓN ENFERMERA AUTÓNOMA**

Siguiendo los pasos del proceso de atención enfermero, para desarrollar el rol independiente, la enfermera realizará una valoración de la persona mediante la recogida continua de datos, realizará un diagnóstico, determinará los resultados deseados (objetivos específicos) e identificará las intervenciones. Llevará a cabo la puesta en práctica del plan. Y finalmente evaluará en que grado se han logrado los objetivos y valorará si hay que hacer cambios.

*La actividad de la enfermera en Atención Primaria dentro del proceso de atención integral incluye actividades de promoción, prevención, tratamiento de enfermedades en su faceta de diagnóstico, tratamiento y paliación, educación sanitaria y rehabilitación de las secuelas e integración de la persona afectada a una vida normal, lo que algunos llaman readaptación*

dicar el mejor régimen terapéutico al problema de salud.

La prescripción enfermera (en adelante PE) se ha visto en los países donde se realiza que conlleva una serie de beneficios, ya que: mejora la accesibilidad, la satisfacción y la calidad del servicio; disminuye el número de fármacos; controla y disminuye las reacciones y efectos adversos; mejora el control del gasto; disminuye el incumplimiento terapéutico y potencia un sistema asentado en el concepto de «atención centrada en el paciente»; por otro lado contribuye a una mejor organización asistencial y al

La prescripción en el marco de los planes de cuidados es una intervención que la enfermera realiza para llevar a cabo su plan. Como vimos al principio, la prescripción no sólo se refiere a medicamentos sino también a dispositivos y otros productos sanitarios y a recomendaciones.

En el caso de medicamentos o productos sanitarios un ejemplo evidente es cuando realizamos cuidados y prevención de heridas o úlceras por presión y utilizamos aquellos productos que según nuestro criterio son los más apropiados. La continuidad de la atención a veces exige la prescripción

de un determinado antiséptico, pomada o apósito; todas nosotras buscamos recursos para solucionarlo sin necesidad de que el paciente tenga que acudir al médico para que le extienda la receta que la enfermera ha estipulado; bien a través de los recursos del propio almacén, mediante la indicación al paciente si el producto no está financiado (como por ejemplo los ácidos grasos hiperoxigenados, las superficies para el manejo de las presiones) o mediante la emisión de una receta con el nombre y firma del médico del paciente. El que el paciente tuviera que acudir a la consulta del médico sería totalmente ineficiente y le ocasionaría molestias a ambos, además convertiría al médico en recetario de la enfermera.

En el caso de la deshabitación tabáquica, se pone de manifiesto la autonomía del paciente para decidir la terapéutica que quiere seguir tras la información recibida de la enfermera; en el caso de que se decante por algún fármaco y si no hay contraindicaciones, es el médico el que finalmente firmará la receta que previamente han acordado paciente y enfermera.

Estas paradojas son las que tienen que solucionarse de manera inmediata, ya que sobre la persona que firma la receta es sobre la que recae la responsabilidad de la prescripción; *por eso las prescripciones derivadas del juicio clínico de la enfermera deben ser firmadas y asumidas por ella*. Se deberá disponer de los documentos o formularios específicos que se estipulen.

Tanto el Consejo General de Enfermería como algunas Sociedades Científicas de Enfermería como FAECAP o Comunidades Autónomas como Cantabria han elaborado documentos donde relacionan que productos y en que situaciones se están utilizando de forma autónoma por las enfermeras.

Según la OMS, en su *Guía de la buena prescripción*, los pasos que hay que seguir en el proceso de la terapéutica razonada serían:

- Definir el problema del paciente. (Diagnóstico).
- Especificar el objetivo terapéutico.
- Comprobar si el tratamiento es adecuado.
- Comenzar el tratamiento.
- Dar información, instrucciones y advertencias.
- Supervisar el tratamiento.

La PE independiente cumple esos requisitos ya que se basa en una valoración y un juicio clínico, es decir, lo primero sería tener un diagnóstico, en este caso un diagnóstico enfermero; lo segundo, definir el objetivo, se correspondería con la planificación de cuidados (resultados esperados) y los últimos pasos con la implementación de los cuidados (intervenciones enfermeras).

Según la taxonomía NIC, la intervención es la **2390, Prescribir medicación**: prescribir medicación para un problema de salud.

La enfermera da consejo sobre lo prescrito, informando de: los efectos deseados (objetivo terapéutico), qué beneficios esperamos conseguir (el no instruir sobre este aspecto, puede ser causas de incumplimiento y de falsas expectativas); de los efectos indeseados (se le explica los efectos que pueden aparecer y como actuar, así como solicitar que nos los comuniquen); almacenamiento, instrucciones sobre el uso del medicamento (dosis, sistema de aplicación, cuándo tomarlo, si antes, durante o tras las comidas..).

En suma, la PE *independiente es un aspecto más del cuidado del paciente, completa el plan de cuidados y mejora la asistencia a la población ya que facilita la accesibilidad a los recursos que precisan para su cuidado.*

## **ROL INTERDEPENDIENTE Y PRESCRIPCIÓN ENFERMERA DE COLABORACIÓN**

En la práctica asistencial de las enfermeras de AP el rol interdependiente o de colaboración podemos centrarlo en 4 situaciones: vacunaciones, atención a crónicos, atención a agudos o a la demanda y urgencias.

**1. Vacunaciones:** la aplicación sistemática de vacunación responde a actividades protocolizadas por la Institución Sanitaria competente, en nuestro caso la Consejería de Sanidad, que es la que marca el calendario vacunal vigente. Las enfermeras de AP somos las que llevamos a cabo la vacunación de la población ateniéndonos a dicho calendario y sin intermediación del médico, salvo excepciones; el hecho de administrar la vacuna va precedido de su indicación a la persona y de consejos sobre posibles efectos secundarios locales y/o generales y cómo actuar sobre ellos.

La intervención NIC es **6530; Manejo de la inmunización/vacunación**: control del estado de inmunización, facilitando el acceso a la inmunización y suministro de vacunas para evitar enfermedades contagiosas.

**2. Atención a crónicos:** En estos momentos la PE en el marco de la atención a los paciente crónicos varía de unos a otros centros de salud y consultas; en virtud de la relación establecida médico-enfermera, en unos va a limitarse a proporcionarle al paciente una receta para continuar el tratamiento pautado por el médico, previa valoración de que no hay efectos secundarios y el tratamiento está resultando eficaz; en otros casos la actuación de la enfermera es mayor ya que además de lo anterior modifi-

ca la dosis de medicamento según sea la situación del paciente.

La prescripción se asienta en un diagnóstico y unos objetivos realizados por el médico y unas intervenciones realizadas por la enfermera. Es una prescripción enfermera (PE) de colaboración.

Las intervenciones NIC que pueden identificarse en este terreno son: **2380 Manejo de la medicación**: Facilitar la utilización segura y efectiva de las medicaciones prescritas y de libre dispensación, **7840: Manejo de los suministros**: Asegurar la adquisición y mantenimiento de los artículos apropiados para la provisión de cuidados al paciente, **5616: Enseñanza medicamentos prescritos**: preparación de un paciente para que tome de forma segura los medicamentos prescritos y observar sus efectos.

La atención a los paciente crónicos es un tema que las enfermeras debemos replantearnos: sabemos que hay consultas en las que la intervención enfermera se limita a tomar una tensión o realizar una glucemia capilar y proporcionarle al paciente la receta y citarle para volver a hacer lo mismo un mes después.

Pienso que nuestra implicación debe ser mucho más amplia, debemos realizar un abordaje integral, el objetivo es que el paciente aprenda a *manejar su propia enfermedad* y en este sentido se debe proporcionarle la información y los medios para que esto sea efectivo, además nuestra intervención debería ir encaminada a valorar como el paciente se *adapta a su enfermedad* y a ayudarle a ello. «Un paciente crónico bien controlado no es el que acude 12 veces al año a la consulta, sino el que conoce los objetivos terapéuticos, controla las cifras por su cuenta y si va mal es cuando acude a consulta».

La adherencia a los tratamientos crónicos, de todos es sabido que es muy baja, los más optimistas la sitúan en torno a un 50-60 %, la intervención de la enfermera debe centrarse en una valoración más profunda de esta adherencia, en una búsqueda activa de efectos secundarios y en técnicas de promoción de la adherencia medicamentosa y a otros tratamientos terapéuticos.

Especial relevancia tiene el seguimiento de los ancianos polimedicados; no olvidemos que según algunos estudios, un 12% de los ingresos hospitalarios es debido a un uso indebido de fármacos, y el porcentaje de errores en los tratamientos es muy alto (43%); deberíamos promover el diseño de programas específicos de seguimiento de estos pacientes, contamos actualmente con la ventaja de la herramienta informática que nos permite una más fácil revisión de los fármacos que tienen pautados. El punto de partida de una buena prescripción es el

diagnóstico y el tratamiento, pero se debe complementar con un adecuado seguimiento y apoyo personal del paciente.

En algunos países las enfermeras realizan el seguimiento completo de pacientes con patologías crónicas (asma, diabetes, problemas cardiovasculares), con una gran responsabilidad y con enorme éxito. Conlleva modificar las dosis pautadas y en algunos casos los medicamentos.

Existen diversos estudios sobre el manejo de pacientes con patologías crónicas comparando a médicos y enfermeros; en prevención secundaria de enfermos coronarios se ha visto que la actuación de las enfermeras era tanto o más efectiva que la de los médicos. Sistemas Nacionales de Salud de Reino Unido y EEUU están centrando sus líneas de trabajo en comprobar si se puede garantizar una asistencia sanitaria más eficiente; están realizando estudios en los que comparan la calidad de la asistencia prestada por enfermeros y médicos con las mismas responsabilidades y funciones, sobre todo en el seguimiento y control de pacientes con patologías crónicas para la prevención secundaria de complicaciones. Estas revisiones están demostrando que ambos son igual de eficaces, evidenciando así que las enfermeras pueden proporcionar mayores beneficios al sistema si se les amplían sus funciones y se les otorga mayor autonomía e independencia porque redundaría en una mayor eficacia y eficiencia.

Creo que los aspectos comentados podrían ser objeto de protocolización dentro de una estrategia de negociación de nuestra Sociedad con la Administración Sanitaria y las Sociedades Médicas.

**3. Atención a agudos y a la demanda:** En algunos países del ámbito anglosajón se están realizando estudios basándose en dos principios: 1, la enfermera como puerta de entrada al sistema, como filtro de la consulta médica, y 2, en pacientes con patologías crónicas (ya comentado) y con enfermedades leves; que intentan mejorar la eficiencia mediante el replanteamiento de las funciones de las enfermeras de AP; actualmente ya existen varios estudios y revisiones que respaldan estas medidas.

En nuestro país, también desde distintos ámbitos se está hablando del «rol expansivo» de la enfermera de AP; por esto entienden que la enfermera atienda procesos agudos de baja complejidad, previa protocolización. Uno de los artífices de esta modalidad es Casajuana, médico catalán que argumenta que dentro del campo de actuación de médicos y enfermeras hay determinados procesos que puede ser compartidos por ambos. Se atenderían consultas burocráticas y procesos agudos como IRAS, ITUS y

puede que algún otro. Se argumenta que no sólo se aumenta el campo de acción de la enfermera sino que también sirve para captar pacientes para actividades preventivas y además para llegar a más población sana; esto último es un verdadero reto a conseguir.

La PE en este marco sería una prescripción de colaboración protocolizada.

Los protocolos y guías clínicas son excelentes herramientas de trabajo que aseguran unos criterios mínimos de calidad y suelen estar basados en evidencias científicas; pero debemos tener en cuenta que la mayoría están realizados desde la disciplina médica y no desde la disciplina enfermera, y aunque pensemos que aumentan nuestra autonomía muchas veces la limita porque nos ajustamos a ellos siguiendo el enfoque biomédico en vez de hacerlo desde una perspectiva de atención integral.

Por otra parte, existen una serie de problemas comunes que efectivamente se pueden atender desde el punto de vista de la medicina o de la enfermería como son los problemas de sueño, ansiedad, dolor, incontinencia en la mujer, estreñimiento, diarrea, problemas de adaptación a las distintas situaciones de la vida, etc., que deberían ser atendidos en primer lugar por las enfermeras para evitar la medicalización y hacer abordajes más integrales. Este sí es un rol expansivo de la enfermera, o mejor dicho, es hacer lo que es de nuestra competencia.

Entre estos problemas comunes, habría

profesional de las enfermeras, y menos todavía a una mejora de la asistencia sanitaria que ofertamos a la población, dudo que la asunción por nuestra parte de las tareas de atención a procesos agudos banales contribuya a ninguna de las dos cosas.

Aunque el enfoque comentado pueda suponer retos importantes, creo que es más prioritario proponer líneas de desarrollo basadas en los cuidados. Es decir, desarrollar las actividades y servicios que ya tenemos asignadas dentro de las funciones de la enfermera comunitaria.

Lo que define a la enfermería son los cuidados a la población; y ello desde un modelo de atención para la salud centrado, como dijimos, en la promoción, prevención, EDS y readaptación, y no como viene siendo hasta ahora que se basa principalmente en un modelo centrado en la enfermedad y en la curación. A pesar de que se viene hablando desde esta perspectiva desde hace años, la realidad es que no se ha conseguido avanzar en el desarrollo del modelo deseado.

*Los distintos Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas y la población en general, así como los médicos y también muchas enfermeras, desconocen el enorme potencial de servicios que puede prestar la enfermera de Atención Primaria. Merece la pena una reflexión en profundidad, alejada de corporativismos, para llevar a la realidad asistencial este potencial y establecer la normativa reguladora correspondiente para con-*

campos que nos son ajenos, que son propios de los médicos, como sería los casos de enfermedades menores que estábamos comentando, en vez de dirigir todos nuestros esfuerzos hacia lo primero, con especial hincapié en la atención a las personas dependientes, ancianos y otros grupos de riesgo y en favorecer la autonomía y los autocuidados de las personas.

Por eso pienso que la PE en este ámbito no es prioritaria.

Las enfermeras de todas formas podemos y debemos contribuir a mejorar la asistencia, la calidad de la atención de nuestros centros y la eficiencia del sistema; pero todo lo que se salga de nuestra competencia profesional debe ser objeto de debate y negociación de nuestra Sociedad con los otros sectores implicados y ello entendiendo la profesión desde una concepción abierta en relación al establecimiento de las competencias, con una visión no estática y cerrada al propio concepto de profesión, dado que ésta no es una realidad predeterminada abocada a realizar siempre lo mismo, sino que está en continua evolución, permanentemente adaptándose a los cambios que se producen en la sociedad y evolucionando según las necesidades de ésta.

El Informe Health Cast 2020 dice que para conseguir la sostenibilidad de los sistemas sanitarios se otorga un papel relevante a la adaptabilidad y flexibilidad de los profesionales.

*Adaptabilidad de roles profesionales y estructuras organizativas. La flexibilidad en las estructuras organizativas y en los roles profesionales abre puertas hacia una organización centrada en los pacientes. Muchas veces las organizaciones corporativas, los organismos reguladores e incluso los propios ciudadanos son un obstáculo para esta necesaria flexibilidad. La rigidez de los roles clínicos impregna los programas de formación, las titulaciones y las propias preferencias de los pacientes.*

*Sin embargo, esta adaptabilidad está en el corazón de la sostenibilidad de los sistemas sanitarios. Un ejemplo de la necesaria adaptabilidad es el rol de las enfermeras que, a todo lo largo del mundo, se están expandiendo.*

**4. Atención a las urgencias:** En muchos Centros existen protocolos de actuación ante los distintos problemas que pueden presentarse; las enfermeras pueden en momentos determinados actuar en base a ellos aunque el médico por algún motivo no esté presente. Los algoritmos de actuación en Soporte Vital Avanzado son una muestra de ello; otro ejemplo: la contracepción postcoital podría realizarse con prescripción siguiendo el protocolo existente.

*Los protocolos y guías clínicas son excelentes herramientas de trabajo que aseguran unos criterios mínimos de calidad y suelen estar basados en evidencias científicas; pero debemos tener en cuenta que la mayoría están realizados desde la disciplina médica y no desde la disciplina enfermera*

que incluir los consejos para un uso adecuado de los medicamentos no financiados (analgésicos, anticonceptivos, etc.), otra de las paradojas relativas a la ley del medicamento, que se pueden vender libremente y no se permite a la enfermera aconsejar sobre su uso y por supuesto recetarlos; la educación sobre el uso adecuado de medicamentos es una parte importante del cuidado del paciente; sería una responsabilidad, compartida, respetando el derecho del paciente a una automedicación responsable.

Desde mi punto de vista, sin cerrarme a nada que pueda contribuir al desarrollo pro-

solidar los logros que se vayan obteniendo.

Estamos, pues, privando a la población de unos servicios que deberían ser para los que estuviéramos contratados; limitando nuestra actividad en algunos casos, a niveles mínimos, como es a la realización de técnicas diagnósticas y de tratamiento derivados de la actividad médica y subsidaria de ésta, y dejando sin desarrollar lo que es la razón de ser de nuestra profesión y lo que nos distingue de otras disciplinas.

Si tenemos nuestro campo propio sin desarrollar, parece un poco un engaño a la sociedad, comenzar a desarrollar otros

En estos cuatro supuestos dentro del rol interdependiente vemos que se trata de una prescripción de colaboración, ya sea individualizada o protocolizada.

Según el Consejo Internacional de Enfermería, se está produciendo un aumento en el número de países que ya han establecido la PE, existe un creciente interés para autorizarla en otros países y se considera la autoridad para prescribir como un avance de la profesión, junto a una mayor asunción de responsabilidades.

Actualmente la PE se lleva a cabo en varios países: Australia, Canadá, Estados Unidos, Holanda, Nueva Zelanda, Reino Unido y Suecia. En todos ellos la competencia en este ámbito les viene dada por una formación postgrado, licenciatura o nivel de especialización previa; se les exige acreditación previa; en EEUU son *nurses practitioners* y *advanced practice nurse* y en Reino Unido *nurse prescribing* que pueden serlo las *health visitors* y las *district nurses*.

En nuestro país la legislación debería ir acompañada de unos requisitos de formación y acreditación (cursos, especialización...).

En cualquier caso, creo que se debería iniciar de forma inmediata la formación continuada en este campo, para ir preparando profesionales con seguridad y competencia para abordar la PE, sea ésta lo amplia que sea.

Por otra parte desde las sociedades profesionales debemos velar por evitar caer, también nosotras, en la medicalización y contribuir con la Administración Sanitaria competente para regular las relaciones con la industria farmacéutica.

## CONCLUSIONES

La PE independiente es un aspecto más del cuidado del paciente, completa el plan de cuidados y mejora la asistencia a la población; se debe abogar por su regularización inmediata.

En cuanto a la PE de colaboración, el esfuerzo debería ir dirigido a que la Ley regulara la PE independiente y abriera la puerta para que cada Comunidad Autónoma estableciera mecanismos de dialogo y negociación con las partes implicadas (Sociedades Médicas y de Enfermería) para avanzar en el proceso de la prescripción colaborativa, por los cambios organizativos en la actividad que conlleva. Se debería avanzar en la asunción por parte de las enfermeras del seguimiento de los pacientes con patología crónicas.

Se debería iniciar el avance en la consecución de la implantación de las competencias potenciales de las enfermeras de AP; esto conllevaría una mayor autonomía, ma-

yor oferta de servicios, más eficiencia del sistema sanitario, mayor reconocimiento social y por tanto mayor grado de implicación de las enfermeras con el sistema y mayor compromiso con los ciudadanos.

Las profesiones sanitarias deben ser dinámicas para adaptarse a los cambios que se producen en la sociedad pero la definición y ampliación de sus competencias les corresponden a ellas.

Se debería iniciar la formación continuada en este ámbito de forma prioritaria.

## BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Ley 26 julio 2006 de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.
- Marco referencial para la prescripción enfermera. Consejo Gral. de Enfermería 2006.
- Estudio sobre la prescripción enfermera en España. Resultados 1.ª fase. Consejo General de Enfermería 2006.
- Diccionario de la lengua española de la Real Academia Española.
- Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS. *Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales*. OMS Sep 2002.
- Morales Asensio JM y colaboradores. Prescripción de medicamentos y productos sanitarios por enfermeras comunitarias. *Enfermería comunitaria* 2006; 2 (1): 8-16.
- Prescripción Enfermera. Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad. y Servicios Sociales. Servicio Cántabro de Salud.
- Proyecto AP XXI. Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria de Salud. 2007-2012.
- Morilla Herrera JC. *¿El por qué de la prescripción enfermera?* Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria.
- Borrador de propuesta de regularización legal para la prescripción enfermera. Colegi Oficial d'Infermeria de Barcelona (COIB) enero 2006
- López Guzmán J y Aparisi Miralles A. La intervención de farmacéuticos y enfermeros en la prescripción: una aproximación ético-legal. [www.ajs.es/RevistaDS/VOLUMEN%2014/Vol242-02.pdf](http://www.ajs.es/RevistaDS/VOLUMEN%2014/Vol242-02.pdf)
- Nuria Cuixart Ainaud. La prescripción enfermera: bases para su argumentación. *Nursing* 2006, vol. 24, n.º 8
- Prescripción enfermera. Fuden. Observatorio Metodológico de Enfermería. [www.ome.es/media/docs/Prescripci%C3%B3n\\_OME.pdf](http://www.ome.es/media/docs/Prescripci%C3%B3n_OME.pdf)
- Prescripción Enfermera. Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria. Informes Asanec octubre 2003
- Autoridad de los profesionales de enfermería para prescribir: ¿un camino a seguir? Editorial. *Nursing* 2002, vol. 20, n.º 2

- Marta Durán. El ser y no ser de la prescripción enfermera. *Enfermería Clínica* 2006; 16 (6) 297-299
- Rubio Moril C; Cuesta Zambrana. La capacidad de prescribir de las enfermeras. *Enfermería Integral*. 1999; 50: 35-42
- López Morales M. Prescripción enfermera, ¿para qué?. *Enferm Comun (edición digital)* 2006, 2(1). Disponible en <<http://www.index-f.com/comunitaria/v2n1/a10.php>>
- Rafael del Pino Casado. La enfermera como primer contacto para la atención de pacientes con enfermedades leves en Atención Primaria. *Index de Enfermería/ Otoño 2002, Año xi, n.º 38* [www.index-f.com/oebe/38ARTICULO66-68.PDF](http://www.index-f.com/oebe/38ARTICULO66-68.PDF)
- Guía de la buena prescripción. OMS. «Proceso de la terapéutica razonada» Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales. [www.icf.uab.es/universidad/gbp/castella/gbp.pdf](http://www.icf.uab.es/universidad/gbp/castella/gbp.pdf)
- Listado de Medicamentos y Productos Sanitarios prescritos por enfermeras en España. Julio 2007. Consejo General de Enfermería.
- Casajuana Brunet. En busca de la eficiencia: dejar de hacer para poder hacer FMC. 2005; 12: 579-81.
- Informe «HealthCast2020» de Pricewaterhouse Cooper [www.consultoras.org/frontend/plantillaAEC/noticia.php?id\\_noticia=4689s](http://www.consultoras.org/frontend/plantillaAEC/noticia.php?id_noticia=4689s)
- Isabel M.ª López Medina. Prevención de complicaciones en enfermos coronarios por profesionales de enfermería de Atención Primaria. *Index de Enfermería/ Primavera-Verano 2002. Año XI, n.ºs 36-37*
- Maciá Martínez, MA Revisión razonada del tratamiento farmacológico de pacientes polimedicados: FIEABRÁS. [sescam.jccm.es/web/farmacia/guiaspublicaciones/V\\_4\\_2\\_Fierabras.pdf](http://sescam.jccm.es/web/farmacia/guiaspublicaciones/V_4_2_Fierabras.pdf)
- Barón Franco LC y col. Errores de medicación e incumplimiento terapéutico en ancianos polimedicados. *Farmacia hospitalaria: órgano oficial de expresión científica de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria*, ISSN 1130-6343, vol. 30, n.º 5, 2006, 280-283
- Dossier Sanifax. Informe elaborado por el bufete «Oliva-Ayala Abogados» para el Consejo de Enfermería sobre la Prescripción Enfermera. Biblioteca Lascasas 2007; 3 (3). Disponible en <<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0268.php>>
- SATSE. Postura del Sindicato de Enfermería sobre la Prescripción Enfermera. Biblioteca Lascasas 2006; 2 (2). Disponible en <<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0141.php>>

# Abordaje de las situaciones conflictivas en los centros sanitarios del Principado de Asturias

*Desde el Servicio de Salud del Principado de Asturias, entendemos que se debe profundizar en los derechos que tienen los usuarios en todos los ámbitos*

## **Santiago Álvarez Labra**

(Diplomado en Enfermería y Licenciado en Antropología Social y Cultural. Coordinador del PLAN DE PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN frente a potenciales situaciones conflictivas en centros sanitarios)

**E**l Servicio de Salud del Principado de Asturias es consciente de que los servicios públicos en general y de forma especial los Servicios de Salud, debido en parte a su peculiar organización, así como a las interacciones que se generan entre los profesionales y los usuarios, sin olvidar los cambios que se han producido en la relación entre ambos, han dado lugar a un incremento progresivo en los últimos años de actos violentos en los centros sanitarios. En el caso que nos ocupa, los incidentes violentos acaecidos en el sector sanitario responden entre otras causas a la frustración que se genera en los pacientes al no ver satisfechas sus expectativas, la desestructuración social progresiva en determinados estratos sociales, la falta de concepción de lo que llamamos bien público y una ideología social dominante que fomenta el individualismo y la competencia, hasta el punto de legitimar la violencia para resolver un conflicto. Así lo evidencia, entre otras, una reciente encuesta realizada por la Unión Europea que manifiesta que el 4 por ciento de los profesionales había sufrido en alguna ocasión algún tipo de agresión física y muchos otros refieren haber sufrido amenazas e insultos.

La violencia en el lugar de trabajo atenta contra la dignidad y los derechos del trabajador. La Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, nos advierte de que los trabajadores pueden sufrir graves consecuencias dependiendo del tipo de



amente debemos instar al ciudadano al cumplimiento de sus deberes. Entre éstos se encuentra el de hacer un uso adecuado de los servicios sanitarios basado en un clima de cordialidad, confianza y respeto que mejorará el ambiente laboral de los trabajadores y a la vez propiciará una mejor prestación de servicios a los ciudadanos.

Por lo antedicho el SESPA, en desarrollo de la normativa constitucional y legal vigente, deberá hacer efectivo el derecho de los profesionales sanitarios a su servicio a recibir una asistencia y protección eficaz en el desempeño de sus funciones frente a cualquier tipo de actuación generadora de una situación conflictiva.

Para ello ha encargado a un grupo de profesionales adscritos a servicios muy diversos para que pudieran dar una visión lo más global posible, dada la dificultad de la

*Los incidentes violentos acaecidos en el sector sanitario responden entre otras causas a la frustración que se genera en los pacientes al no ver satisfechas sus expectativas, la desestructuración social progresiva en determinados estratos sociales, la falta de concepción de lo que llamamos bien público y una ideología social dominante que fomenta el individualismo y la competencia, hasta el punto de legitimar la violencia para resolver un conflicto*

agresión, que van, desde la desmotivación profesional hasta el estrés, los daños físicos y psíquicos.

Desde el Servicio de Salud del Principado de Asturias, entendemos que se debe de profundizar en los derechos que tienen los usuarios en todos los ámbitos. Recípro-

problemática a tratar y, desde esta óptica conjunta, elaborar un Plan de Prevención y Atención frente a potenciales situaciones conflictivas en los centros sanitarios.

Se procede a la constitución del grupo el día 16 de febrero de 2006, realizándose con posterioridad una reunión mensual

hasta completar el documento. El cómputo global de las mismas es de 6 reuniones de trabajo, finalizándose la redacción del documento por parte del coordinador del grupo en julio presentándose al resto de componentes para posteriormente hacer entrega del mismo al director gerente del SESPA para su aprobación.

El documento, expresado de forma sintética consta de los siguientes apartados:

**Justificación:** Se hace una breve constatación del incremento de los actos violentos en los centros sanitarios de los países industrializados en los últimos años, apoyándose en informes de organismos internacionales.

**Marco normativo:** Se recoge diversa normativa legal, en la cual se sustenta el Plan; citamos a título de ejemplo el artículo 40.2 de la Constitución Española el cual encomienda a los poderes públicos el deber de velar por la seguridad e higiene en el trabajo. La Ley 31/1995, de 8 de noviembre sobre Prevención de Riesgos Laborales, en artículo 14.2 dice: «El empresario deberá garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores a su servicio en todos los aspectos relacionados con su trabajo». Y el artículo 17.1.d) de la Ley 55/2003, del Estatuto Marco del Personal de los Servicios de Salud, establece entre los derechos de este personal el de recibir una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo, así como riesgos generales en

mediante los medios materiales y humanos disponibles, utilizando las ayudas externas si fuese necesario.

3. Dar cobertura al profesional, tanto física como psíquica y asistencia letrada a los trabajadores afectados, así como la posterior investigación de los Servicios de Salud Laboral y Gerencias de las diversas Áreas Sanitarias, en coordinación con el Servicio de Prevención de Riesgos laborales.

Cada uno de estos objetivos conlleva la implementación de una serie de actuaciones que se recogen en el documento. Si bien cabe destacar el consenso generalizado en la necesidad de formación de los profesionales en habilidades comunicativas y manejo de conflictos que a continuación se relacionan:

- Ayudar a reconocer y entender los condicionantes personales, sociales, ambientales y psicológicos que generan agresividad.
- Analizar los diversos tipos y niveles de la agresividad.
- Sensibilizar a los participantes sobre la importancia de la correcta comunicación asistencial para la prevención de situaciones conflictivas.
- Conseguir las habilidades necesarias para la prevención y manejo de las situaciones hostiles.
- Posibilitar una conducta sistemática en la consulta para prevenir relaciones difíciles.

*Los cursos para adquirir habilidades comunicativas y manejo de situaciones hostiles, se llevarían a cabo previa formación de un equipo de profesionales adscritos al SESPA, que serían los encargados de impartir la misma al resto de trabajadores de nuestro Servicio de Salud*

los centros sanitarios o derivados del trabajo habitual y a la información específica en esta materia.

#### **OBJETIVOS GENERALES:**

1. Prevenir de potenciales situaciones conflictivas entre profesionales y usuarios del Servicio de Salud del Principado de Asturias, así como aquellas acciones que pongan en riesgo a profesionales, usuarios y bienes de nuestros servicios sanitarios.

2. Proteger a los profesionales, usuarios, bienes y servicios de la violencia o agresión

• Dotar de técnicas útiles de autocontrol emocional para reducir el estrés en la consulta.

Los cursos para adquirir habilidades comunicativas y manejo de situaciones hostiles, se llevarían a cabo previa formación de un equipo de profesionales adscritos al SESPA, que serían los encargados de impartir la misma al resto de trabajadores de nuestro Servicio de Salud. El motivo de elegir este sistema basado en la formación de formadores se debe a que, de una parte, es el más rentable para la empresa, al tener formadores propios, y de otra, es el sistema más

operativo para llegar a la mayor cantidad de profesionales en el menor tiempo posible, dado el gran número de los mismos.

En este apartado cabe reseñar que ya se ha comenzado en el mes de noviembre con los cursos de formación de formadores asignando a cada área sanitaria de nuestra Comunidad Autónoma, un número de plazas en función del total de profesionales adscritos a la misma. Se sigue realizando la formación de formadores iniciada en el mes de noviembre, habiendo finalizado otro curso en el mes de marzo y continuando con otro taller en el mes de junio. Retomaremos la actividad formativa (pasado el periodo vacacional) en Metodología Docente y Dinámica de grupos, hasta finalizar el año en curso con el objetivo de impartir la misma en 2008 con formadores propios.

La tutorización de la elaboración de las unidades didácticas como apoyo a los propios formadores va a ser llevada a cabo por un psicólogo, un médico y un enfermero, todos ellos con experiencia docente en esta temática y contarán con el apoyo institucional de Instituto de Administración Pública Adolfo Posada y del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Otro aspecto que nos parece relevante es la elaboración de un mapa de riesgos; para ello es necesario implantar un registro donde consten todo tipo de agresiones, con el objeto de establecer normas de actuación desde las gerencias, con el apoyo jurídico pertinente, sobre aquellos ciudadanos que ya hayan realizado comportamientos inadecuados en ocasiones anteriores. En este registro, deben de constatar aquellas acciones que eufemísticamente denominamos de «baja intensidad», como amenazas veladas y exigencias intimidatorias que tienen una gran repercusión en quien las sufre por:

- El elevado número de ellas que se producen.
- Por la impunidad del acto violento, que queda sin el merecido reproche social.
- Por la falta de apoyo hacia el profesional agredido, hasta el momento actual.
- Por incidir directamente en la propia autoestima del profesional.
- Por afectar a la dignidad de la persona.
- Por ser causa directa de absentismo laboral.

Utilizaremos además otras fuentes, desde las reclamaciones, quejas y sugerencias de los usuarios, así como del registro de incidencias, en el que constaran todo tipo de situaciones conflictivas que hayan tenido lugar en los diversos centros sanitarios. El objetivo es una vez conocidos aquellos centros sanitarios que presentan un mayor número de actos violentos y en función de la tipología de éstos,

*Uno de los objetivos de este Plan es el de proporcionar cobertura sanitaria, psicológica y asistencia letrada a todos los trabajadores que prestan sus servicios en el SESPA*

establecer las medidas de prevención y protección más adecuadas, acordes a las características específicas de los mismos.

Uno de los objetivos de este Plan es el de proporcionar cobertura sanitaria, psicológica y asistencia letrada a todos los trabajadores que prestan sus servicios en el SESPA. Entendemos que aquellos profesionales que padezcan situaciones de maltrato, deben contar con apoyo explícito, más allá del derecho legal que les asiste y sin caer en falsos paternalismos por parte de la empresa empleadora. Es por este motivo que siendo prioritario el desarrollo de los mecanismos de prevención y protección pertinentes, llegado el caso de la indeseada agresión, el SESPA ha de prestar un trato exquisito al agredido. Por ello, una vez facilitada la asistencia médica y psicológica, es preciso proporcionar la asistencia letrada de la forma más eficiente posible. Para ello, el agredido deberá realizar las siguientes actuaciones:

- El agredido lo comunicará al responsable

*Entendemos que aquellos profesionales que padezcan situaciones de maltrato, debe de contar con apoyo explícito, más allá del derecho legal que le asiste y sin caer en falsos paternalismos por parte de la empresa empleadora. Es por este motivo, que siendo prioritario el desarrollo de los mecanismos de prevención y protección pertinentes, llegado el caso de la indeseada agresión, el SESPA, ha de prestar un trato exquisito al agredido*

del Servicio o Centro.

- Se rellenará el documento de Registro de comunicación de Incidentes.
- El Responsable del Centro enviará una copia a la Gerencia y otra al departamento de Prevención de Riesgos Laborales de su Área Sanitaria.
- La Gerencia lo comunicará al Coordinador del Plan Prevención y Actuación del Servicio de Salud del Principado de Asturias frente a potenciales situaciones conflictivas, el cual se pondrá en contacto, inmediatamente después de tener constancia del hecho, con el agredido para facilitarle

el recurso más acorde en función del tipo de acto violento.

Con el objeto de implementar el Plan, parecía preceptivo darlo a conocer al mayor número de profesionales, poniendo el acento en aquellos que ocupan puestos de responsabilidad en los diversos centros sanitarios, (Hospitales y Centros de Salud). Para ello, se continuó realizando la presentación del mismo, (iniciada en octubre de 2006 y finalizada en abril de 2007),<sup>1</sup> en los salones de actos de éstos, haciendo una convocatoria explícita a Jefes de Servicio, Supervisoras de Área, Representantes de Prevención de Riesgos Laborales, Coordinadores Médicos, Responsables de Enfermería, Responsables del Servicio de Admisión, y dejando la asistencia abierta a todas aquellas personas que tuvieran interés en el tema que nos ocupa.

El cómputo global de presentaciones en las 8 Áreas Sanitarias de nuestra Comunidad Autónoma es de 20, con una asistencia

aproximada de 2.000 profesionales, proporción que consideramos adecuada para coadyuvar a la difusión del Plan, considerando que el Servicio Sanitario del Principado de Asturias cuenta con 14.000 profesionales. En marzo, se distribuyen 3.000 ejemplares del documento entre los centros sanitarios de nuestra red pública, simultá-

<sup>1</sup> La presentación la inicia el Coordinador del Plan acompañado de un letrado adscrito a nuestros servicios Jurídicos, con una síntesis del documento y una duración de 30 minutos. Finalizada ésta, se abre un turno de preguntas respondiendo ambos a las mismas.

neamente el Consejero de Salud y Servicios Sanitarios, el Gerente del Servicio de Salud del Principado de Asturias y el Coordinador del Plan, presentan a los medios de comunicación los datos correspondientes al periodo septiembre/2006-febrero/2007.

El número de agresiones comunicadas a 31 de mayo son las siguientes:

Total de agresiones: 144

13 agresiones físicas: 8 enfermeras mujeres; 3 médicos varones; 1 auxiliar de enfermería mujer; 1 odontóloga mujer

7 intentos de agresión física: 3 enfermeras mujeres; 3 médicos ( dos de ellos mujeres y uno varón); 1 auxiliar de enfermería mujer.

6 amenazas graves: 4 medicas mujeres, 1 enfermera mujer; 1 auxiliar administrativo mujer

118 amenazas e insultos (55 amenazas y 63 insultos).

3 casos de incapacidad transitoria, uno de ellos con secuelas físicas.

25 denuncias judiciales (2 de ellas retiradas), 22 de ellas defendidas en los tribunales por nuestros servicios jurídicos. todas ellas con sentencia favorable hacia nuestros profesionales.

Las fuerzas de seguridad (incluyendo vigilantes jurados), han intervenido en todos los casos en los que se han presentado denuncias y han evitado otras muchas agresiones que a día de hoy no tenemos cuantificadas con exactitud.

Reseñar que se ha puesto en contacto, telefónicamente, el Coordinador del Plan con los 144 profesionales que han sufrido agresiones en este periodo, al objeto de proporcionarles el apoyo institucional adecuado con la necesidad expresada por éstos. Durante la conversación se les informa de todas las acciones que se pueden realizar.

Quisiera finalizar con una reflexión y un deseo. Considero que sería muy positivo, por su carácter disuasorio, que fuera tenida en cuenta por parte de los jueces la instrucción del fiscal jefe del TSJC, en la que se pide a los fiscales del tribunal que persigan como delito de atentado contra funcionario público las agresiones cometidas contra los profesionales de la sanidad.

El deseo es que este Plan cumpla una doble función: abordar de forma integral la defensa de nuestros profesionales y, simultáneamente, proporcionar a los ciudadanos un ambiente relajado y sin crispación basado en un clima de respeto y confianza mutua, ya que no se puede concebir un Sistema Sanitario Público donde se rompa ésta sin un grave deterioro, tanto para quien presta sus servicios en el mismo como para quien los recibe.

# Testimonio de una enfermera que cuida a los que cuidan

*Pensamos en nuestros pacientes inmovilizados en diferentes grados, en los pacientes terminales y en algunos de nuestros crónicos actuales, a su lado siempre hay una persona responsable de los diferentes cuidados*

En el Plan de Salud para Asturias 2004-2007 de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, la Subdirección de Atención Primaria incluye como Servicio (312) Educación para la Salud a otros grupos: Atención

a Personas Cuidadoras. El desarrollo del Servicio así como la elaboración de la Guía necesaria para la implementación del mismo ha contado con la colaboración inestimable del Instituto Asturiano de la Mujer.

## **Mercedes Morales Morales.**

(Enfermera del Centro de Salud de Mieres Norte)

La Guía fue elaborada por diferentes profesionales: psicólogo, sociólogo y enfermeras, coordinados por un técnico de salud. Algunas de estas enfermeras ya hacían talleres con cuidadoras. Pero es la primera vez que se oferta a todas las enfermeras de Asturias la posibilidad de formarse para impartir el taller en cada Centro de Salud siguiendo la misma Guía.

La Guía fue elaborada en 2005. Los cursos se impartieron en la primavera de 2006 en tres ediciones, en el Instituto Adolfo Posada, con la participación aproximada de 60 enfermeras, una por cada Centro de Salud. Los docentes fueron los profesionales que elaboraron la Guía y las enfermeras hacíamos el rol de cuidadoras. Al ser tan práctico nos sirvió mucho pues anticipaba situaciones que se nos podían dar cuando lo lleváramos a cabo.

Tuvimos una reunión en Oviedo posteriormente para acordar la forma de registro en Omi. También en febrero de 2007 hicimos otra de seguimiento y valoración de la implantación de los talleres en las diferentes Áreas de Asturias. Esta última fue muy enriquecedora por el intercambio de experiencias y espero que se continúe haciendo todos los años. En el Área VII en la actualidad los talleres se están realizando en dos centros: el Centro de Salud Mieres-Norte y el Centro de Salud de Cabañaquinta. Mi experiencia realizando Talleres de Apoyo a



Personas Cuidadoras comenzó en octubre del año pasado. He impartido tres talleres y en ellos han participado 34 mujeres con edades comprendidas entre los 28 y los 82 años.

Desde hacía mucho tiempo, antes del Libro Blanco y de la Ley de Dependencia, yo quería hacer algo más con las cuidadoras. Si pensamos en nuestros pacientes inmovilizados en diferentes grados, en los pacientes terminales y en algunos de nuestros crónicos actuales, a su lado siempre hay una persona responsable de los diferentes cuidados. No sólo de la higiene, la alimentación, medicación, sino de muchas más

cosas desde ofrecer consuelo y entretenimiento a ir a pagar la comunidad, realizar la compra, relacionarse con los profesionales sanitarios y un sin fin de «pequeñas cosas» que llenan las 24 horas del día. Hacen un trabajo que no está pagado ni reconocido por la sociedad con un horario completo, sin vacaciones, ni descansos. En muchos casos les queda la satisfacción personal del deber cumplido, pero nada más.

Por razones de entorno cultural son mujeres en un 83% de los casos. La situación generalmente se alarga en el tiempo, una media de 6 a 10 años, la edad de la mayoría está alrededor de los 53 años.

## En todos los Centros de Salud de Asturias o en casi todos hay una enfermera formada para desarrollar el taller

En diferentes estudios se comprobó que acudían a la consultas más que el resto de la población. Los motivos eran diversos: insomnio, ansiedad, cefaleas, dolores de espalda, etc. ¿A qué se debería?

Desde siempre, en los domicilios, aparte de realizar los cuidados a los inmovilizados y hacer resolver dudas a la persona cuidadora me interesaba por su situación vivencial, ¿Cómo lo llevaba? ¿Qué apoyos tenía? Si realizaba actividades recreativas con carácter personal sin incluir al familiar.

Está demostrado que donde mejor está la persona dependiente y donde más tardan

un taller, también es muy bueno compartir con iguales ya que se da una mayor empatía. En todos los Centros de Salud de Asturias o en casi todos hay una enfermera formada para desarrollar el taller. De lo que se trata en el taller básicamente es de poner de relieve la importancia de las cuidadoras en la sociedad, reflexionar sobre lo que implica cuidar, lo que hacen, el tiempo que le dedican, cómo les afecta a todos los niveles (físico, emocional y social) y sobre todo cómo manejar esa situación vivencial para que perjudique lo menos posible a su salud.

De los temas tratados los que más in-



en aparecer complicaciones y dificultades es en el domicilio, pero para eso es necesario cuidar y apoyar el mejor recurso que tenemos, al cuidador. Tal como os comenté, a nivel individual lo hacía, pero eso me parecía poco. Es muy importante visualizar su labor en la familia y en la sociedad. En este año me he dedicado a eso. He participado en diferentes medios: radio, periódicos y charlas a diferentes asociaciones, pero sobre todo de lo más contenta que estoy es de la realización de los Talleres de Apoyo a Personas Cuidadoras en el Centro de Salud. Como todos sabemos la mejor forma de aprender es haciendo y eso es lo que te da

terés despiertan son los relacionados con las emociones, los sentimientos y el estrés. Esto es algo que en ellas está a flor de piel y la sociedad en general no les permite contarlo. En cuanto a la higiene, la incontinencia, prevención de escaras y movilizaciones también lo encuentran interesante y tienen mucho que aportar. Temas como la muerte, el dolor y la comunicación, a pesar de ser tan cercanos, les interesa mucho pues tampoco los abordamos con la necesaria frecuencia y el taller es un lugar de encuentro y reflexión muy valioso. En mi Área la colaboración de la Trabajadora Social es muy significativa aparte de explicar los re-

cursos sociales de la comunidad, me deriva cuidadoras. La fisioterapeuta colabora en el tema de las movilizaciones. De forma paralela a todos estos temas y relacionado con cada uno de ellos hacemos diversas dinámicas de grupo: aprender a realizar los diferentes tipos de respiraciones, la relajación de Jacobson, musicoterapia (Mozart, cantos gregorianos...), aromaterapia, preparación de baños relajantes, diferentes tipos de masaje (sensitivo, de limpieza y energético), dibujan mandalas, ejercicios de ruptura de nudos emocionales, bailar, cantar, cuentos, diferentes *role playing*, etc.

Y aun habiendo momentos emocionalmente muy fuertes, hay otros realmente irrepetibles y mágicos en que las risas invaden al grupo. Tantos en unos como en otros me he sentido muy cómoda y feliz de haber creado un espacio donde las cuidadoras puedan expresarse libremente y sentirse comprendidas y apoyadas. Mis miedos a enfrentarme al grupo desaparecieron casi el primer día cuando me di cuenta que los miedos eran sólo míos, que el grupo tiene alma propia y crece y evoluciona sólo.

En la última sesión tomamos un café en el que les sugiero que sería conveniente que ellas sigan reuniéndose y compartiendo sus experiencias.

Mi experiencia personal no puede ser mejor. Haces una actividad en la que, aun no resolviendo los grandes problemas, ayudas y les das soluciones para pequeños cambios. Esto te lo confirman ellas, frases del tipo: «por qué no sabría yo todo esto antes», «el tiempo que pasó aquí se me va volando», «¿no podemos repetir?», «desde el último día decidí arreglarme más, maquillarme y elegir la ropa» etc. En los talleres se consigue, pasado un tiempo, que se apoyen unas a otras sobre los temas más diversos desde: «tienes que ir a un abogado piensa en mañana», a «yo resolví el tema de las negativas al baño así...». En los talleres también se oyen cosas muy duras: «como estoy deseando que me duela la cabeza para tener un rato para mí y que nadie me atosigue», «toda la vida la pasé cuidando de alguien, primero hijos y ahora padres y nietos», «odio el sonido del despertador porque sé que va a ser otro día sin vida».

Con las compañeras que hacen los talleres me gustaría compartir experiencias, con las que no han empezado, que se animen y con todas que nos apoyen y en cuanto valoren y diagnostiquen un riesgo en el rol del cansancio del cuidador» aparte de trabajar con ellas/os de forma individual nos los deriven, pues entre todos con nuestro trabajo enfermero haremos que esta sociedad evolucione y vaya siendo más justa para todos.

# La SEAPA impulsa la Educación para la Salud en el trabajo diario de la enfermería comunitaria asturiana. ¿Por qué? Educación para la Salud (EPS)

**Yolanda Cotiello Cuera**

[Enfermera (C.S. Villaviciosa-Periférico Venta Las Ranas)]

**Marta González Sánchez**

[Enfermera de EPS de Avilés]

El concepto de salud es algo dinámico por la evolución y los componentes que se van asumiendo con el paso del tiempo y también por el «continuo salud-enfermedad». Toda persona se está moviendo a lo largo de su vida y en distintos momentos de su ciclo vital entre la pérdida de salud y entre el óptimo de salud. Sobre esta evolución se puede actuar controlando o influyendo sobre las causas de las enfermedades y sobre las causas de la salud y aquí está el principal papel de la promoción de la salud y dentro de ésta el de la Educación para la Salud.<sup>1</sup>

La promoción de la salud es una piedra angular de la Atención Primaria y una función básica de la salud pública. El reconocimiento del valor de esa actividad es cada vez mayor, debido a la eficacia y costo eficacia con que reduce la carga de la morbilidad y mitiga el impacto social y económico de las enfermedades. Existe un amplio consenso en cuanto a la relación existente entre promoción de la salud, salud y desarrollo humano y económico. Así mismo, la Carta de Bangkok confirma la necesidad de centrar la atención en la promoción de la salud para abordar los determinantes de la salud e identificar las medidas requeridas y por ello se están elaborando planes con la Unión Internacional de Fomento de la Salud y Educación Sanitaria a la vez que intentará consolidar y difundir la evidencia disponible sobre la eficacia de las intervenciones de promoción de la salud.<sup>2</sup>

**20**  
2006  
**ABRIL**  
**CURSOS Y TALLERES**  
**"TALLER DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA"**

**A cargo de Mª Luisa Rodríguez Llanes, enfermera del Centro de Salud Zarracina**

El tabaco está implicado en enfermedades respiratorias y cardiovasculares frecuentes y es un importante factor de riesgo en el desarrollo de enfermedad coronaria, accidentes cardiovasculares, el enfisema y del cáncer de pulmón, de laringe, boca y vejiga. Es la primera causa de muerte prevenible en el mundo, por encima del SIDA o los accidentes de tráfico; el tabaquismo puede reducir la vida media de una persona entre 10 y 15 años.

No hay método fácil para dejar de fumar, pero hay ciertas claves que pueden ayudar: preparación, motivación; cambio de rutina; apoyo médico y prevención de recaídas.

**Martes 18 y 25, de 17:30 a 19:00 horas. Aula 5**

Con el informe «La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud: configurando la Salud Pública en una nueva Europa» la IUHPE (Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud) ha hecho un doble esfuerzo, ya que no sólo ha realizado una recopilación de evidencias sino que ha intentado salvar la distancia entre los planteamientos de los profesionales y otras personas claves para el desarrollo de las intervenciones de promoción de la salud.<sup>3</sup>

La Consejería de Salud y Servicios Sanitarios en el Plan de Salud para Asturias 2004/2007 «La salud como horizonte» establece como línea de actuación para ganar salud la promoción de estilos de vida saludables: Alcohol, Tabaco, Alimentación y Nutrición, Ejercicio Físico y Esfera Afectivo-Sexual.<sup>4</sup>

En mayo de 2006 la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios y la Federación Asturiana de Concejos, como órgano representante de los municipios asturianos, firmaron un convenio de colaboración y puesta en marcha de la Red Asturiana de Concejos Saludables «Red con Salud». Esta red tiene como principal finalidad la promoción de la salud y bienestar general de todos los ciudadanos de los concejos adheridos, basando sus principios en el Proyecto «Ciudades Saludables» propuesto por la OMS en 1986.<sup>5</sup>

La Educación para la Salud (EPS) constituye una herramienta imprescindible en la promoción de estilos de vida saludables, pero no se debe entender la EPS como la simple transmisión de información sobre conoci-

mientos de enfermedades o las campañas sanitarias realizadas en estos tiempos sobre una determinada enfermedad donde sólo se planteaban objetivos de sensibilización de la población; se debe entender como un proceso de comunicación interpersonal dirigido a proporcionar la información necesaria para un examen crítico de los problemas de salud y a responsabilizar a las personas y grupos sociales de las opciones que tienen efectos directos o indirectos sobre la salud física y psíquica de las personas y de la comunidad: «No sólo la información, sino también responsabilizar a las personas y comunidades de su propia salud según las opciones que cada cual adopte».

En este marco consideramos que la EPS es el medio para conseguir la promoción de la salud a través del fomento de la salud, consiguiendo personas formadas e informadas para su propio autocuidado y para poder participar en la comunidad y exigir con mayor conocimiento de causa a los poderes ejecutivos la realización de programas saludables.<sup>1</sup>

Para impulsar el desarrollo de la Atención Primaria y con ello contribuir a desarrollar el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud<sup>6</sup> y el Plan de Salud para Asturias 2004-2007 «La salud como horizonte» los profesionales de enfermería han de ayudar a la población a mantener y mejorar su salud así como a afrontar la enfermedad y prevenir sus complicaciones a través de la EPS; es por ello, por lo que:

En el 2006 SEAPA se adhiere a «A Pie de Barrio» (ApB: red social que agrupa varias asociaciones vecinales y otras entidades del tejido urbano y rural) al tener como objetivo común la promoción de la salud pública.

El 17 de enero del presente año se reúnen en el C.S. de Otero diversos profesionales de enfermería para aunar esfuerzos y ser operativos en la integración de la EPS en el trabajo diario de la enfermería comunitaria asturiana.

Entre las acciones que este grupo de profesionales consideran oportuno llevar a cabo para conseguir el objetivo se encuentran:

- Analizar la evidencia sobre la efectividad de las estrategias de promoción de la salud y de prevención primaria.
- Determinar las necesidades sentidas de la población.
- Conocer las habilidades, conocimientos, actitudes de los profesionales.
- Visualizar y evaluar las experiencias comunitarias desarrolladas en cada Área Sanitaria.
- Facilitar el acceso a los recursos humanos y materiales de EPS.
- Determinar las Intervenciones de la Taxonomía NIC vinculadas a la Promoción de la Salud y la EPS.

Para ello los miembros de este grupo de trabajo intercambian información, impresiones a través de sus @ y periódicamente se reúnen en una de las aulas de la Gerencia de Atención Primaria del Área V (Gijón).

En las III Jornadas de la Sociedad «Enfermería Familiar y Comunitaria» (Oviedo 7 de mayo 2004)<sup>7</sup> ya se habían creado unas expectativas de mejora al resaltar la intervención del profesional de enfermería en las actividades comunitarias y de Educación para la Salud y poner de manifiesto la necesidad de ordenar, organizar y rentabilizar al máximo los recursos enfermeros en materia de Actividades Comunitarias y Promoción de la Salud.

María Girbes Fontana en su ponencia «Educación para la Salud. «¿Un servicio enfermero?» resaltó que:

- Si el objetivo de la enfermería es el autocuidado, la educación para la salud es un instrumento imprescindible para poder llevar a cabo el plan de cuidados.
- La Educación para la Salud se enmarca por tanto en un plan de cuidados y pasa a convertirse en un servicio que ofertan mayoritariamente las enfermeras a la población.
- La EPS reúne todas las características de un servicio y así estaba contemplado en la cartera de servicios del INSALUD.
- Se considera un servicio de enfermería ya que es realizado mayoritariamente por esta profesión y permite llevar a cabo su misión: «Fomentar el autocuidado».
- Para facilitar la normalización de la EPS, es decir convertir un servicio voluntario en un servicio estable y normalizado, es preciso desarrollar una serie de «líneas de acción»:
  - Línea de formación.
  - Línea organizativa.
  - Apoyos a la elaboración de proyectos de EPS.
  - Apoyos a la realización de proyectos.
  - Apoyos a la evaluación de proyectos.
  - Mejora continua.
  - Coordinación.
  - Investigación.
- Hemos de trabajar para que la comunidad sea la protagonista y no la destinataria de nuestras intervenciones.

Tras esas jornadas se dispone de una importante base de documental de experiencias comunitarias que pretende marcar un punto de inicio y que espera ir creciendo en el futuro para dar cumplimiento al objetivo principal de las jornadas, «estimular a los profesionales de enfermería fomentando que las actividades comunitarias se compartan y repitan en otros centros y otras áreas diferentes a las actuales donde se están realizando». Pero para ello es imprescindible la apuesta firme y decidida de la

administración sanitaria por dichos servicios.

Estamos en julio del 2007, ya han transcurrido 3 años: ¿Se ha ampliado la base documental de experiencias comunitarias? ¿Se ha fomentado el desarrollo y posterior intercambio de experiencias comunitarias? ¿Se han normalizado estas experiencias?

Durante este tiempo se ha ampliado la base documental de experiencias comunitarias, pues no debemos de obviar el trabajo de diversos profesionales de enfermería en el desarrollo de jornadas de salud, talleres de: Deshabitación Tabáquica, Cuidando al Cuidador Informal, Uso responsable de los medicamentos... Lo que no está bien claro es la normalización de estas intervenciones, pues los profesionales de enfermería implicados han tenido que dedicar mucho de su tiempo personal en la organización y desarrollo de las mismas.

Si bien es necesario que la población se interese por su salud y participe en las actividades de EPS para mejorar su salud, es obvio que es imprescindible la participación de todos los profesionales de enfermería en este proyecto para integrar la EPS en su trabajo diario como un servicio estable y normalizado.

La revista, la web, así como los encuentros/jornadas serán los medios de los que se servirá el grupo de trabajo para difundir sus actividades y recoger las aportaciones que cada uno de vosotros consideréis oportuno realizar. Debe existir un buen intercambio de información en ambos sentidos, de lo contrario no habrá comunicación y mucho menos coordinación para aunar esfuerzos y recursos.<sup>7</sup>

## BIBLIOGRAFÍA

- 1 Basado en la tesis doctoral de Domingo Martín Rivas Profesor de la Universidad de Salamanca. <http://www.adeps.org>
- 2 Promoción de la salud: seguimiento de la Sexta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, Organización Mundial de la Salud 2006. [http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB117/B117\\_11-sp.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB117/B117_11-sp.pdf)
- 3 La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud: configurando la salud pública en una nueva Europa [http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/Parte\\_1.pdf](http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/Parte_1.pdf) [http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/Parte\\_2.pdf](http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/Parte_2.pdf)
- 4 Plan de Salud para Asturias 2004-2007 [http://tematico.asturias.es/salud/plan/plan\\_documento/plan\\_salud.pdf](http://tematico.asturias.es/salud/plan/plan_documento/plan_salud.pdf)
- 5 Red Asturiana de Concejos Saludables. <http://www.redconsalud.info/portada.aspx>
- 6 Plan de Calidad para el Sistema Nacional de la Salud [http://www.msc.es/organización/sns/planCalidadSNS/syp\\_pnc02.htm](http://www.msc.es/organización/sns/planCalidadSNS/syp_pnc02.htm)
- 7 Boletín de Información. Año III, Junio 2004 <http://www.seapaonline.org/recursos/documentosb/boletines/SEAPAJunio04.pdf>



## Página web de SEAPA

Desde SEAPA estamos viendo que nuestra página web es un medio de relación con todos nuestros socios y, según informaciones obtenidas del control de usuarios de nuestra web, también de gran cantidad de compañeros que no son socios, muchos de fuera de Asturias y de España.

Por este motivo la junta directiva tiene intención de mejorar su aspecto y hemos encargado la elaboración de una nueva página web de cuya intención se informó en la Asamblea Anual de Socios del día 8 de noviembre de 2007 y que va a reunir las siguientes características:

- Una web que entra dentro de las nuevas tendencias estéticas.
- Mejor gestor de contenidos para que sea más fácil actualizar los contenidos de nuestra página.
- Mejorar con ella la comunicación pro activa con vosotros, para que llegue información más actualizada de nuestra actividad.
- Una agenda donde aparecerán las diferentes actividades con información más completa de las mismas.
- También habrá un foro, más activo que el que tenemos, con el que se pretende establecer un debate sobre cuestiones interesantes para todos, problemas con herramienta de trabajo, cuidado de heridas o úlceras, problemas con diagnósticos de enfermería, etc.
- Seguirá funcionando el boletín electrónico, como medio de información rápido para todos aquellos que quieran inscribirse. Será más funcional y con más posibilidades de información que el actual.

En definitiva espero que la veáis pronto y os guste ya que está hecha con esa intención. Mientras, es necesario que tengamos vuestros datos actualizados, sobre todo correo electrónico, para ello desde nuestra página web, existen varias posibilidades. Darse de alta, si aún no lo hicisteis, en el boletín electrónico. Si tuvierais algún problema contactáis con la dirección de correo: boletin@seapaonline.org. Si los datos que tenéis

que actualizar son otros, además del correo, la dirección es secretaria@seapaonline.org

Si no podéis enviarnos correos se puede enviar carta a: SEAPA: Víctor Sáenz, 5 bajo. 33080, Oviedo. Teléfono: 679 214 378

Intentaremos también tener actualizada, la página web de forma continua para que sea un lugar donde tengáis siempre información útil, relacionada con Atención Primaria. Consultarla de forma habitual y decirnos, a través de la dirección de correo destinada a este fin (Webmaster), lo que os parezca más o menos interesante o qué temas o secciones debemos incluir.

## Normas de publicación de la revista SEAPA

### Información para autores

#### TIPOS DE ARTÍCULOS

Originales o de investigación, revisiones, casos clínicos, descripción de protocolos o pautas de actuación, experiencias en promoción de la salud, propuestas en metodologías de trabajo enfermero, así como innovaciones en la gestión o en la práctica de los cuidados.

Igualmente se consideran otros artículos de formato breve que por su especial configuración pueden publicarse, como cartas al director, opiniones, comentarios de libros, noticias, etc.

**Referencias bibliográficas.** Se presentarán según el orden de aparición en el texto con la correspondiente numeración correlativa. En el artículo constará siempre la numeración de la cita en número volado, vaya o no acompañada del nombre de los autores. A continuación se dan unos ejemplos de formatos de cita bibliográficas.

#### Artículo de Revista

AMEZCUA, M.; CARRICONDO GUIRAO, A. «Investigación cualitativa en España. Análisis

de la producción Bibliográfica en Salud». *Index Enferm*, IX (28-29): 26-34.

#### Libros y otras monografías

SÁNCHEZ MORENO, A.; APARICIO RAMÓN, V.; GERMAN BÉS, C.; MAZARRASA ALVEAR, L.; MERELLES TORNO, A.; SÁNCHEZ GARCÍA, A. *Enfermería Comunitaria. Concepto de Salud y Factores que la condicionan*. Madrid. McGraw-Hill Interamericana, 2000.

#### Capítulo de un libro

GERMAN BÉS, C.; MARCÉN LETOSA, J.J. «Nuevo paradigma de salud», en FRÍAS OSUNA, A. (editor), *Salud Pública y Educación para la salud*. Barcelona: Masson, 2000: 15-26.

#### PRESENTACIÓN DE LOS ARTÍCULOS

Cada manuscrito debe cumplir las siguientes características:

1. La extensión máxima de los manuscritos no deberá superar las 4.000 palabras, 1.500 palabras para artículos de formato breve (cartas al director, editoriales, etc.) y 500 para noticias.

2. Documentos en Word en Times Román cuerpo 12.

3. En la primera página del artículo se indicarán, en el orden que aquí se cita, los siguientes datos:

- Título de artículo.
- Nombre y apellidos de los autores.
- Nombre completo del centro de trabajo.
- Dirección completa del mismo.
- Dirección para correspondencia.
- Otras especificaciones cuando se considere necesario.

4. En las siguientes páginas se incluirá el texto del artículo, dividiendo claramente los apartados del mismo.

5. Ilustraciones. Se entregarán en hoja aparte y adjuntando archivo.

**Fotografías.** Se incluirán en casos excepcionales y siempre que sean imprescindibles para la comprensión del texto. Deberán enviarse en archivo electrónico en formato JPG, TIF o GIF, pero en alta resolución (mínimo 300 dpi).

**Gráficos y tablas.** Se compondrán mediante aplicación informática y se adjuntarán en archivo aparte. Deben ir referenciados en el texto, numerados, con su enunciado (título) correspondiente

6. Se acusará recibo de los trabajos enviados a la revista y se informará acerca de su aceptación. Se debe tener en cuenta esta circunstancia para solicitar confirmación de su llegada, si no hay acuse de recibo en el plazo de una semana.

7. Los trabajos se remitirán a boletin@seapaonline.org.

8. Enviar el manuscrito original preferiblemente en archivo electrónico por e-mail, o bien en disco, así como copias de las ilustraciones.

## Boletín de inscripción

### DESEO FORMALIZAR MI INSCRIPCIÓN EN SEAPA

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

#### Datos personales

Nombre																				
Apellido 1.º																				
Apellido 2.º																				
Dirección																				
Ciudad y C.P.																				
Teléfono																				
Correo electrónico																				

#### Lugar de trabajo

Centro de trabajo																				
Dirección																				
Ciudad y C.P.																				
Teléfono																				
Fax																				
Correo electrónico																				

#### Orden bancaria (tarifa: 36 euros/año)

N.º de cuenta (20 dígitos)																						
Banco o caja																						
Agencia n.º																						
Fecha																						

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:



**SEAPA**  
**SOCIEDAD DE ENFERMERÍA DE**  
**ATENCIÓN PRIMARIA ASTURIAS**

[www.seapaonline.org](http://www.seapaonline.org)  
Apartado de Correos 898  
c/ Víctor Sáenz, 5-bajo  
33006 OVIEDO