

# SEAPA

SOCIEDAD DE ENFERMERÍA DE  
ATENCIÓN PRIMARIA ASTURIAS

BOLETÍN DE INFORMACIÓN • AÑO I • JUNIO 2002

## SUMARIO

Monográfico  
II JORNADA DE SEAPA

pág. 1

Editorial

pág. 2

Conclusiones de la  
II Jornada SEAPA

pág. 3

Resúmenes de las ponencias  
de la II Jornada SEAPA

pág. 4-11

Biblioteca de SEAPA

pág. 12

## II Jornada

de la  
Sociedad de Enfermería  
de Atención Primaria  
de Asturias

Declarada de interés sanitario

JORNADA SIN  
HUMO

Viernes, 19 de abril de 2002  
Salón de actos del Colegio de Médicos  
Plaza de América, 10 · OVIEDO

Organiza:

SEAPA

SOCIEDAD DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE ASTURIAS  
[www.accesible.org/seapa/](http://www.accesible.org/seapa/)





# Editorial

Estimada/o socia/o:

**D**ICE EL REFRÁN: **Lo bueno si breve dos veces bueno.** Efectivamente esto debe de ser verdad. Ya han pasado las II Jornadas de nuestra Sociedad y el olor que han dejado es el del anticipo de la Primavera, de esperanza y de realidad.

Esperanza, al seguir comprobando que nosotras/os, las enfermeras/os de atención primaria, seguimos subiendo sin parar en esas **expectativas** que se nos dieron hace ya más de quince años.

Esperanza, al comprobar en el acto de inauguración, que el discurso del gerente del SESPA, D. Juan Ortiz era de total **adhesión** en este nuevo momento de transferencias hacia el colectivo de enfermería.

Esperanza, al comprobar el importante número de asistentes, que casi duplica al de hace dos años; y el ver el importante número de alumnos de las escuelas universitarias de Oviedo y Gijón que aceptaron la invitación a **participar**.

Esperanza al escuchar que se ha vuelto a retomar la **Ley de Especialidades** y que, gracias a **FAECAP**, estamos muy presentes y con muchas posibilidades de que la especialidad de enfermería de salud familiar y comunitaria, salga adelante en esta legislatura y de que, como le hemos pedido al Consejero, ésta se imparta en nuestra Comunidad Autónoma, pudiendo así hacerla todos aquellos estudiantes que quieran, no teniendo que desplazarse a otras Comunidades.

Realidades, al comprobar que la Enfermería Basada en La Evidencia se incorpora para la Investigación en la Práctica de los Cuidados, que es un instrumento útil para **transformar** nuestra realidad. Que ante una sanidad pública cada vez más costosa y con recursos limitados es necesario conocer la mejor práctica compatible con los **conocimientos** más actualizados,

las preferencias y valores de los usuarios y la experiencia del profesional.

Que además la web puede ser un canal para la **difusión** de la práctica profesional.

Que la **Gestión de los Cuidados** desde la parte teórica y desde la realidad práctica forman ya una realidad de nuestra práctica diaria en muchos casos y que se debe de seguir en las líneas ya trazadas.

Que los «**nuevos cuidados**» que la sociedad nos demanda son ya respondidos de forma muy positiva, desde distintos profesionales y que sirven de ejemplo para todos aquellos que no haciéndolos de una forma tan intensa, sí deben responder igualmente en la práctica diaria.

Por último no quiero pasar por alto una frase que en la Asamblea Anual se dijo:

«...SEAPA SOMOS TODOS PERO SOLO CUATRO SON LOS QUE TIRAN...»

El éxito de **participación** en estas II Jornadas, estuvo precedido de unos momentos de angustia por nuestra parte al comprobar que la participación en un momento determinado no se correspondía con el esfuerzo realizado.

Esto dio lugar a que se intensificara aún más el esfuerzo y que se completara por la industria farmacéutica. Pensamos que esto no debe ser así; que si se quiere seguir con una Sociedad fuerte se debe participar más; que unas jornadas cada dos años no deben dejar lugar a dudas de última hora que pongan en peligro toda la organización.

Estamos en un momento de desarrollo profesional muy importante, desde la Sociedad lo sentimos y por eso trabajamos para que todos lo sintáis de igual manera. Os animamos por tanto a no abandonar lo que ya tiene seis años de vida y **colaborar** activamente en cuantos proyectos se presenten en el futuro.

**UN SALUDO a todas/os. Y un feliz verano.**

# CONCLUSIONES II JORNADA DE SEAPA

Los **OBJETIVOS** que se plantearon al realizar estas segundas jornadas fueron:

- 1) Promocionar unos cuidados basados en la evidencia científica.**
- 2) Acercar la teoría y la práctica en la gestión de los Cuidados de Enfermería.**
- 3) Debatir sobre los «nuevos cuidados».**

**D**ESDE EL PUNTO DE VISTA organizativo, la Junta Directiva de la Sociedad, ha realizado un enorme esfuerzo ya desde finales del año anterior cuando se habló con los ponentes y concretó su presencia para la jornada, como en el día de la misma con las inscripciones y preparativos de todo tipo.

Todo ello se ha visto refrendado con un importante número de profesionales, sobre ciento treinta, y de alumnos –invitados– de las dos escuelas universitarias de Oviedo y Gijón y del programa Erasmus, que completan un total de 178 asistentes.

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

La EBE (enfermería basada en la evidencia), es un estímulo consciente y crítico que conduce y guía la experiencia profesional.

Enfermería necesita metodología y acceso a los recursos Informáticos tanto en equipamiento, espacio, tiempo y formación.

Se trata NO de acumular conocimientos, sino de ir cediendo y potenciando el desarrollo de la investigación de los conocimientos más actuales.

La EBE proporciona e incrementa los estándares de calidad.

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

La WEB puede ser un buen canal para la difusión de la práctica profesional. La base de la comunicación son los documentos de trabajo y desarrollo profesional. La primera fase del diseño de las páginas web debe ser la planificación y estructuración de los contenidos.

Información veraz y contrastada es calidad = fuente de información fiable.

## **GESTIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA**

El objetivo de la gestión de los cuidados enfermeros es ofrecer a nuestra población, un servicio de ayuda efectivo pa-



ra satisfacer sus necesidades, acorde con los conocimientos científicos.

Debemos perseguir la excelencia en la atención a las necesidades del paciente.

Las direcciones de enfermería deben renovarse y asumir su rol como Gestores de Cuidados.

El Proceso Enfermero (PAE) es el eje central de la gestión de cuidados.

Trabajar con un mismo lenguaje permite evaluar la eficiencia y efectividad de los cuidados administrados a nuestros pacientes.

## **CUIDADOS DE SALUD EN EL ADOLESCENTE: ASIGNATURA PENDIENTE**

La adolescencia es una edad de cambios, con percepciones de vida confrontadas al mundo de los adultos, una edad donde confluyen varias problemáticas en un entorno social actual con perspectivas inciertas. Realizar una actividad adecuada y eficaz, nos exige aceptar las peculiaridades propias de la adolescencia, creer en ellas y a la vez estar cómodos en ese compartir.

La actividad asistencial con los jóvenes puede desarrollarse: en el Centro de Salud, de forma indirecta por atenciones puntuales a través de los programas de educación escolar y/o en la «Consulta Juvenil».

Para el desarrollo de una Consulta Juvenil es interesante situarla fuera del Centro de Salud, adaptarla a las necesidades surgidas y sentidas por los jóvenes, disponer de un lugar que pase desapercibido, el soporte de una red de apoyo como Salud Mental, oficina de Información Juvenil y contactos con asociaciones de padres y madres.

## **VIOLENCIA DE GÉNERO Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

Es un problema que afecta fundamentalmente a las mujeres como víctimas y a los hombres como agresores. En el último año un 4,2% de mujeres españolas mayores de 17 años sufren violencia o maltrato por su pareja.

Por el aislamiento al que se ven sometidas estas mujeres maltratadas, el Centro de Salud constituye un recurso de captación y asistencia accesible; a veces el único al que se le permite solicitar ayuda.

El total desconocimiento de este tema y la gran magnitud del mismo nos lleva a plantearnos la necesidad de iniciar el conocimiento de la génesis y manifestaciones de la violencia que genera una sintomatología indirecta como llamada de atención en el sistema sanitario.

Dentro de la PREVENCIÓN PRIMARIA contemplamos una serie de actividades: educación a grupos, en grupos de trabajo específicos con mujeres maltratadas, en grupos de trabajo con hombres.

En líneas generales centraremos la atención en tres aspectos básicos: aprender a detectarlo, aprender a trabajarlo, un enfoque integral y multidisciplinar.

## **EL SISTEMA DE CUIDADOS INFORMALES, UN RECURSO DE SALUD QUE HA DE SER CUIDADO**

Son aquellos cuidados que surgen en el domicilio y que para algunos autores representan en torno al 88% de las necesidades de la persona.

Tienen un gran impacto económico y de dedicación de tiempo para la familia que lo sufre, en torno a 5h/día.

La familia cercana realiza en torno al 64% de estos cuidados informales, frente al 3,8% que asumen los Servicios Sociales.

Requiere de la competencia y responsabilidad de Enfermería para la atención al cuidado formal así como el asesoramiento en el cuidado informal y el cuidado de la salud de los cuidadores.



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

Doña María Teresa Icart Isern. Enfermera. Profesora Titular. Departamento de Enfermería de S. Pública, S. Mental y Materno-Infantil. Escuela de Enfermería Universidad de Barcelona.

**E**S EVIDENTE que el término **Evidencia Científica (EC)**, se ha ido integrando de forma rápida a nuestro discurso. Sin embargo, los cuidados enfermeros basados en pruebas o evidencias científicas no siempre forman parte de nuestra práctica cotidiana.

## ¿En qué contexto surge la práctica profesional basada en pruebas científicas?

A mediados del siglo XX se inicia lo que hoy conocemos como el estado del bienestar. Estado, que en lo sanitario, se caracteriza por el aumento de las **intervenciones sanitarias**, de forma paralela, se produce un aumento de la **investigación**. Ésta se beneficia de los avances de la epidemiología, concretamente del perfeccionamiento del ensayo controlado aleatorio, y de la bioestadística que, con el metaanálisis permite llegar a conclusiones que trascienden los resultados de estudios o investigaciones independientes o aisladas.

Más investigación conlleva más **publicaciones**. Así se contabilizaban unas 30.300 revistas en soporte papel relacionadas a la salud en el 2000, y un número siempre crecientes de revistas electrónicas y de páginas web dedicadas a la salud.

Por otra parte, y en relación con las intervenciones sanitarias, se observa una gran **variabilidad** en la aplicación de medidas preventivas, terapéuticas, diagnósticas y de rehabilitación. La variabilidad en las actuaciones sanitarias, tiene consecuencias o efectos en los resultados clínicos, en la calidad de vida, y naturalmente en el aumento del gasto sanitario, que lleva a plantear la siguiente cuestión:

## ¿Cuál es la práctica clínica, gestora, o incluso docente, más apropiada?

En este contexto se va gestando la necesidad de una **práctica asistencial basada en pruebas o evidencia científica**.

## ¿Qué tipo de pruebas?

Siguiendo la más pura ortodoxia de la EC, estas pruebas son proporcionadas por la investigación metodológicamente rigurosa y en la cual se ha empleado un diseño que conocemos como **ensayo controlado de asignación aleatoria (ECA)**. Este diseño se considera el más potente para analizar la relación entre una causa (nuestra intervención) y los efectos (los resultados esperados).

La razón es que este diseño los participantes son asignados al azar tanto al grupo que recibe la intervención como al grupo control. Justamente el azar asegura, que tanto factores conocidos (edad, estado basal) que pueden influir en el resultado, pero también los desconocidos, se distribuyan de forma homogénea en ambos grupos, hecho que aumenta la probabilidad de que los efectos observados sean atribuibles a la intervención y no a la casualidad.

## ¿Siempre es posible utilizar o disponer de un ECA, que nos aporte pruebas científicas, que aseguren la validez de nuestras actuaciones?

La respuesta es que depende de la situación o del problema al que intentamos responder, en definitiva de la pregunta que nos hayamos formulado.

El intento de responder a una pregunta, nos conduce a las etapas que componen el proceso de la EC. Partimos de la duda ante un problema, esta duda se traduce en una pregunta, a la que buscamos respuesta; para ello valoramos las posibles soluciones, hasta aplicar la mejor de las soluciones posibles y finalmente se trata de evaluar la actuación.

De igual modo, en una práctica basada en la EC, partimos de una

- pregunta estructurada, a la que sigue
- la búsqueda bibliográfica sistemática, a continuación
- la valoración o lectura crítica, luego
- la aplicación de la mejor EC, y finalmente
- la evaluación de la intervención



Así pues, la primera etapa es la **formulación de una pregunta** que se estructura en cuatro apartados: la situación o población, la intervención nueva, la habitual y los resultados o efectos.

A partir de esta pregunta se puede iniciar la segunda etapa de la EC: **la búsqueda bibliográfica**. Por ej. en Medline, donde se puede emplear una estrategia que limita la búsqueda a las revistas basadas en la Evidencia, las Evidence Based Journals.

Estas revistas son publicaciones secundarias, es decir que se elaboran a partir de artículos publicados en otras revistas, y han ido proliferando en los últimos 4-5 años.

De entre casi una docena de títulos de revistas basadas en la evidencia, destacaría estos tres:

- EBN porque es la de nuestra disciplina, se edita cuatro veces al año y en cada número, seis de los 24 artículos que presenta, son de investigación cualitativa.
- Gestión Clínica, está en castellano, se edita en Valencia y abarca una temática extensa (organización, calidad, efectivi-

dad, evaluación económica y utilización de la atención sanitaria, además de políticas sanitaria, de salud pública, etc.

- EBM traducida al castellano desde hace dos meses y que incluye entre las revistas revisadas a Revista ROL de Enfermería, Atención Primaria, Revista Española de Salud Pública, todas de interés en Atención Primaria.

Todas las revistas basadas en la evidencia comparten formato:

- En primer lugar un título.
- Le sigue la referencia completa, la cual permite recuperar el artículo original.
- Luego aparece un resumen del original.
- Finalmente, un comentario sobre el estudio a cargo de un experto.

Claro que, lo ideal sería haber encontrado una **Revisión Sistemática (RS)** en lugar de un artículo original.

¿Por qué una RS? Porque ofrece la síntesis cualitativa y cuantitativa de una serie de estudios independientes que han sido analizados y valorados, es decir la RS es una investigación de investigaciones.

No obstante, el gran recurso para encontrar RS es la **Biblioteca Cochrane** que ofrece:

- RS sobre la efectividad, algunas son revisiones completas y otras son protocolos de RS en curso.
- Una base de resúmenes de revisiones sobre efectividad.
- Un registro de ensayos clínicos y otro de metodología sobre RS.

En la Cochrane, también podemos encontrar información de campos temáticos que pueden ser de nuestro interés y la dirección electrónica de unos 50 grupos de revisores, que son los responsables de preparar, actualizar y diseminar las RS.

Si no encontramos respuesta a la pregunta estructurada ni en las revistas basadas en la evidencia, ni en la Biblioteca Cochrane, podemos recurrir a un artículo de investigación primaria identificado en alguna base como MEDLINE o CINAHL, CUIDEN, etc.

Por ejemplo: en una búsqueda en MEDLINE, se ha empleado como palabras clave «nursing» y «primary health care» en el título o en el resumen y utilizado como limitadores el periodo de 1997 a 2002 y las revistas de enfermería. Como resultado se han encontrado 102 artículos, de los cuales 61 corresponden a RS.

Así podemos identificar las RS y los artículos originales de nuestro interés, los cuales se pueden valorar de forma crítica.

Esta es la tercera etapa de la EC, la **valoración o lectura crítica (VC)**. La VC permite juzgar el rigor metodológico de la investigación publicada.

Para ello se cuenta con el programa **CASP**, que enseña las habilidades para la lectura o valoración crítica, y cuya versión española es el CASPe, con sede en Alicante. El CASPe organiza talleres en los que los participantes se familiarizan en el uso de las Guías para Usuarios de la Literatura Médica. Actualmente, estas guías se están adaptando a enfermería y posiblemente dentro de un año contemos con la versión en castellano.

Las guías son listas de comprobación formadas por 10 o 14 preguntas adaptadas a diferentes: metodologías (cuanti y cualitativas), diseños y contenidos temáticos (tratamientos, diagnósticos, prevención, economía de la salud, etc.).

La VC de la investigación nos conduce a la **aplicación de la mejor EC** que es la cuarta etapa de la EC. En ésta se formulan consejos individualizados o recomendaciones basadas en las Guías de Práctica Clínica (GPC) o en informes de las AETS.

Las GPC son recomendaciones desarrolladas de forma sistemática, que ayudan a profesionales y usuarios, a tomar decisiones referidas a las medidas preventivas, diagnósticas o terapéuticas más apropiadas a su problema concreto.

Una dirección de Internet que tiene gran interés para Atención Primaria, ya que ofrece información sobre GPC en español, es [http:// www.fisterra.com](http://www.fisterra.com).

Pero lo cierto es que las decisiones que tomamos en la práctica asistencial, no sólo han de tener en cuenta las conclusiones de la **investigación** sino que también es de gran valor la **experiencia profesional**.

Por otro lado, las **preferencias del paciente** basadas en sus conocimientos, experiencias inmediatas, valores etc., también son importantes.

Lógicamente, los **recursos** materiales disponibles pueden facilitar o impedir una actuación sanitaria, aunque ésta sea la indicada por un ECA, esté en concordancia con la experiencia del profesional y en sintonía con las preferencias del paciente, sino contamos con los recursos necesarios tendremos que actuar al margen de la investigación.

La última etapa de una práctica basada en la EC corresponde a la **evaluación de la intervención** o actuación realizada.

Finalmente, si tuviera que resumir las **dificultades y problemas** expresadas por los participantes en talleres sobre aprendizaje y enseñanza de la EBE destacaríamos los siguientes:

- Necesidad de formación en bioestadística, epidemiología, investigación cualitativa, habilidades en el manejo de bases bibliográficas.
- Necesidad de contar con recursos informáticos, documentales, de espacio y tiempo.
- Falta de investigación que proporcione pruebas o EC.

No obstante, en estos talleres, los participantes reconocen que una práctica basada en la EC:

- Estimula el autoaprendizaje continuo, que es imprescindible para estar al día en los avances que ofrece la investigación.
- Se fomenta el trabajo pluridisciplinario, porque el desarrollo de las etapas de la EC exige de la colaboración de todos los profesionales implicados en el proceso de atención, pero también precisa de la ayuda de profesionales de otras disciplinas (documentalistas, economistas, epidemiólogos, sociólogos, etc.).
- Establecer unos estándares de calidad que nos aseguren que actuamos según la investigación más actual y rigurosa que deja en un segundo plano la tradición y la opinión de supuestos expertos.

## UNA ÚLTIMA REFLEXIÓN

Una práctica enfermera basada en la EC, no es un camino fácil exento de curvas y desniveles, sino que es un estímulo para la utilización consciente y crítica de la investigación más reciente, que no sustituye a la experiencia profesional, sino que la conduce a la aplicación de unos cuidados de excelencia a un paciente que es encuentra en una situación clínica y personal compleja e intransferible.

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

Doña María Teresa Romá Ferrí. Enfermera. Profesora Titular. Departamento de Enfermería Universitat d'Alacant.

UN TIPO DE DOCUMENTO que tiene cada vez mayor interés en ser localizado y clasificado es el denominado como «Literatura Gris» o «Literatura No Convencional».

Se refiere a un tipo de soporte material que contiene muy diversos tipos de mensajes informativos pero que mantiene unos rasgos esenciales: escasos ejemplares por la publicación reducida, su difusión no utiliza las vías de distribución de las publicaciones comerciales, es difícil su localización y adquisición lo que conlleva a su, casi, nulo conocimiento y difusión en el propio ámbito profesional.

Ejemplos de estos documentos son:

- Los programas de actuación
- Protocolos, guías o manuales de procedimientos
- Hojas y folletos informativos
- Hojas utilizadas para valoración, planificación y seguimiento
- Memorias
- Estudios de casos
- Proyectos de investigación, etc.

Desde hace unos años el soporte material de este tipo de documentos ya no es exclusivamente el papel. Pueden editarse digitalmente y este desarrollo está modificando la forma de acceder a los documentos y a la información que contienen.

Internet hace referencia a una red de comunicación, a una infraestructura que facilita la conexión entre millones de ordenadores y que ha generado un sistema global de información.

La Red sirve de soporte a diversos servicios, siendo los más conocidos el correo electrónico (e-mail) y la World Wide Web conocida por Web o WWW.

El concepto clave es tratar la Web como un **espacio informativo** cuyo componente fundamental son los documentos electrónicos, los cuales se conocen por el nombre genérico de páginas web.

La Web proporciona una interfaz gráfica por la que es fácil desplazarse al facilitar la interconexión entre páginas. La conexión y desplazamiento a otras páginas se realiza mediante la activación de zonas sensibles que se localizan sobre texto o gráficos y que se denominan Hipervínculos.

Las páginas pueden contener noticias, imágenes, películas, sonidos, gráficos en tres dimensiones, ... y son estas posibilidades de transmisión de información las que han convertido a la Web en un medio que facilita la difusión del conocimiento, de las experiencias y/o una plataforma para la proyección inmediata y a medio plazo.

Si centramos el análisis en la situación de la enfermería, cada vez hay más páginas cuyos contenidos son: de, en, para o so-



bre Enfermería. Aunque, la mayoría de las páginas web que encontramos las podemos agrupar en:

## PERSONALES

En general iniciadas por entusiastas de las tecnologías de la información y comunicación. Su temática es muy variada pero suele estar relacionada con algunos aspectos del ámbito profesional o con la disciplina de forma genérica.

## ORGANIZACIONAL

Ha aumentado su presencia y la información que facilitan, diferenciándose:

- **Pública:** al pertenecer a Consejerías de Salud, Hospitales, Escuelas de Enfermería, etc. Pero es muy poca la información de y sobre los profesionales de enfermería.
- **No Lucrativa:** pertenecientes a asociaciones profesionales y colegios provinciales/autonómicos. En ambos casos, tienen en común el uso para la difusión de sus objetivos y servicios.
- **Empresariales:** donde se incluyen las editoriales de publicaciones convencionales y los laboratorios farmacéuticos.

Pero quizá hay tres cuestiones básicas que se plantean cuando son visitadas: ¿Realmente tiene valor informativo el contenido de estas páginas? ¿Es fiable la información transmitida? ¿Qué aportan al desarrollo profesional?

Partiendo del hecho de que nos referimos a páginas web que divulgan la práctica profesional de enfermería en el contexto español, se plantean las siguientes cuestiones: ¿Es qué los profesionales nacionales no saben producir, en igualdad de condiciones, información como la que emiten los profesionales anglosajones? ¿Qué puede hacer un profesional de enfermería para que su página web sea citada o referenciada?

Es frecuente que la respuesta inicial se centre en el diseño y producción de páginas web, es decir, en el dominio de las aplicaciones informáticas. Realmente, la respuesta se debe centrar en el contenido, en su planificación y estructuración y no, tanto, en el uso de las nuevas innovaciones técnicas para el diseño.

Las indicaciones que exponemos a continuación son recomendaciones de carácter elemental; se han elaborado a partir del análisis de los indicadores de las fuentes tradicionales y los criterios de calidad definidos por la American Medical Association (AMA), la Health On the Net Foundation, Health Summit Working Group, Mitretek Systems y el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona:

## TÍTULO

Todas las páginas deberán llevar su título particular y exclusivo. Debe ser una síntesis del contenido.

El título debería estar compuesto por las palabras clave que definiesen la temática tratada. Además, las páginas web suelen citarse por el propio título en los «buscadores» o en otras páginas de recursos.

## AUTOR

La identificación completa del creador o creadores intelectuales del contenido, así como, la mención de su formación y su puesto de trabajo. Si el trabajo es colectivo se identificará como grupo y en la zona final del documento se citarán sus autores por orden alfabético.

El firmante de un documento se hace responsable públicamente del contenido. Ocultarse tras un seudónimo o el anonimato es perder el valor a ser citado y reconocido por el esfuerzo. La identificación completa del autor es considerada un indicador esencial de fiabilidad y credibilidad que debe constar en cada página del documento.

Si el documento es una traducción, se incluirá la identificación completa de su creador, identificación del documento, la obtención del permiso y la identificación completa de su traductor.

Si existe un patrocinador del contenido, debería indicarse en último lugar o bien incorporando su logotipo de identificación en uno de los márgenes superiores.

## CONTENIDO

El contenido debe ser el desarrollo de lo enunciado por el título y no debe tratar de otra temática. Además, se cuidará meticulosamente la redacción, la ortografía y la terminología.

Es muy frecuente, encontrar idénticos contenidos en diversas páginas. Este hecho no aporta nada al desarrollo profesional y, además, proyecta una imagen perjudicial de la disciplina. La Red permite éste uso indiscriminado pero, a su vez, califica de forma inexcusable a su autor quitándole todo valor de fiabilidad y credibilidad. Realmente, en la Web no es necesario copiar, tan sólo se debe enlazar a través de hipervínculos al contenido de mayor fiabilidad.

Si el contenido es una opinión o una experiencia o unas notas personales, debe ser indicado desde el principio.

Si la información es extensa, se recomienda la fragmentación en apartados lógicos, los cuales se presentarán al inicio del documento conformando el sumario de contenidos. De cada uno de los enunciados del sumario se establecerán enlaces que faciliten el desplazamiento interactivo del lector. Asimismo, al final de cada apartado debería de existir un enlace que facilitará el desplazamiento al inicio del documento.

## FECHA DE CREACIÓN

Ayuda al lector a contextualizar la información con respecto al momento de su creación, es decir, a establecer la relevancia del contenido o temática tratada.

## FECHA DE MODIFICACIÓN

Los documentos publicados en la Web son fácilmente cambiables por sus autores. Desde una visión positivista, estos cambios sólo deben responder a la detección de defectos/errores o

bien por necesidad de actualización o por modificaciones en la estructuración de los contenidos. Pero, es preciso dejar constancia, en ellos mismos, de la fecha en la que se han hecho revisiones y cambios en los contenidos. La veracidad no está en contradicción con la mejora y actualización.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Las carencias de citas o referencias bibliográficas es una forma de ocultar la base del conocimiento del que se parte.

La citación en un medio como la Web puede ser diversa. El autor puede elegir entre:

La referencia tradicional, al final del texto y cumpliendo todas las recomendaciones de descripción que faciliten la recuperación de dichas fuentes primarias.

La referencia hipertextual por medio de hipervínculos. En el propio texto, enlazar con la fuente primaria de la que se ha partido si, también, está es un documento abierto en la Web. En este caso, se debe revisar periódicamente que la página enlazada sigue hábil para su consulta. La ausencia de actualización de los enlaces hace que se perciba la página como descuidada, obsoleta y de baja calidad.

## DIRECCIÓN DE E-MAIL

La interactividad entre el emisor y el receptor de la información en un tiempo mínimo es una de las ventajas de la publicación en la Red. Se debe incluir la dirección de e-mail del autor y hay que tener la precaución de diferenciar dicho correo electrónico del «webmaster» o la persona que mantiene técnicamente la página. Este responsable existe en todas las organizaciones e instituciones y, en estos casos, no tiene nada que ver con el productor intelectual del contenido.

Las comunicaciones realizadas por los receptores como críticas o aportaciones pueden ser incluidas como un subapartado más del contenido inicial, haciendo las indicaciones y referencias oportunas.

## INCLUSIÓN DE LA DIRECCIÓN EN LA WEB

Es aconsejable incluir la dirección de la página web (su URL) en la zona inferior de la página. Ello facilitará que el lector pueda recuperar de nuevo el documento o citarlo o enlazar con él.

## DECLARACIÓN DE PRINCIPIOS

Este es uno de los aspectos más heterogéneos. Como tal indicación se debe entender la información sobre: la utilidad general con la que se diseña la página web; a qué tipo de público se dirige el contenido; la regularidad con la que se efectúa la revisión de las páginas y la cesión del derecho de libre difusión.

Todavía existen grandes vacíos de información y problemas de difusión de la información existente de, en, sobre la enfermería nacional. En particular, hay un gran vacío en la difusión y disponibilidad de documentos sobre el desarrollo profesional de la enfermería de Atención Primaria; aunque siempre están las excepciones como las sedes web de la Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (ASANEC), <http://www.asanec.org> y la sede de la Sociedad de Enfermería de Atención Primaria de Asturias (SEAPA), <http://www.accesible.org/seapa>. En ambos casos, les une una iniciativa común, difundir y facilitar documentos con requisitos de calidad a través de la Web sobre la práctica profesional de la enfermería española.



## GESTIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

**Doña Rosa Arnal Selfa.** Enfermera.  
Subdirectora de Enfermería del Área VII de Madrid.

**Doña Elena Gonzalo Jiménez.** Enfermera. Profesora del Área de Gestión Sanitaria y Política de Salud. Escuela Andaluza de Salud Pública.

EN LA DÉCADA de los 80 la gestión sanitaria estaba encaminada a controlar los costes de los servicios sanitarios «hacer las cosas a un coste menor». En los 90, se orientaron hacia la mejora de la calidad «hacer mejor las cosas».

En este proceso de evolución, la Gestión Sanitaria del recién estrenado siglo XXI persigue mejorar la eficacia y efectividad de las intervenciones «hacer correctamente las cosas».

En el ámbito de la sanidad nos encontramos con tres tipos de gestión: **Macrogestión** (Políticas sanitarias); **Mesogestión** (Centros Sanitarios); **Microgestión** (Equipos sanitarios).

La tendencia actual es la **descentralización de la gestión**, fomentándose la microgestión (gestión clínica). No hay que olvidar que el 70% de los recursos sanitarios los reparten los profesionales sanitarios.

En la Gestión de los cuidados enfermeros el objetivo que se persigue es ofrecer a nuestros pacientes un **servicio de ayuda efectivo** para satisfacer sus necesidades, acorde con el conocimiento científico disponible (enfermería basada en la evidencia) y a un coste individual y colectivo razonable. Para conseguir la excelencia en la atención de las necesidades del paciente resulta imprescindible el Proceso Enfermero como herramienta de trabajo (P.A.E).

A través de la organización del cuidado, gestión del entorno, normalización de procesos, coordinación/continuidad, prácticas clínicas avanzadas y formación continuada, se va a lograr la efectividad de la gestión de los cuidados.

Quando se gestionan los recursos se busca la eficiencia; para conseguirlo contamos con el uso de la información agregada gracias al empleo de las taxonomías NANDA-NIC-NOC, medida de la intensidad de cuidados, evaluación coste/ efectividad y el análisis de la utilización de recursos.

### GESTIÓN CLÍNICA

Permite que los propios equipos sanitarios sean capaces de incorporar sus líneas estratégicas de actuación. Son requisitos básicos:

- Equipo de profesionales con un responsable al frente.
- Cartera de clientes y servicios.
- Organización estable.
- Sistema de información de actividad, calidad y coste.
- Acuerdo de gestión (misión, líneas de actuación, cartera de clientes, cartera de servicios, actividad prevista/objetivos, indicadores, recursos, presupuesto).

Dentro de la gestión clínica debe desarrollarse la parcela que corresponde a la actividad de las enfermeras como profesionales de los cuidados.

Es necesario:

- Incorporar la «mirada enfermera».
- Organizar y diseñar los servicios pensando en el usuario.
- Desarrollo de la persona-enfermera.
- Compromiso institucional con el cuidador.
- Identificar los procesos que requieren un enfoque de cuidados: inmobilizado, trastornos del cuidador principal, anciano institucionalizado, paciente terminal.
  - Diseñar los cuidados de cada proceso.
  - Formación avanzada en práctica clínica.
  - Investigación sobre la efectividad de los cuidados.
  - Capacidad para ejercer control sobre la oferta y la demanda de cuidados.
  - Capacidad para establecer la relación con los clientes desde el inicio hasta el final.
  - Capacidad para controlar los elementos del entorno de los cuidados.

Quien tiene la **responsabilidad de gestionar los cuidados**, es igualmente responsable de discutir y cuestionar las estructuras que **NO permitan un cuidado excelente**.

## CUIDADOS DE SALUD EN EL ADOLESCENTE: ASIGNATURA PENDIENTE

**Don Enrique Oltra Rodríguez.** Enfermero. Experto Universitario en EpS.  
**Doña Cristina González Aller.** Enfermera. Experta Universitaria en EpS.

LA ADOLESCENCIA es una edad de cambios, con percepciones de vida confrontadas al mundo de los adultos, una edad donde confluyen varias problemáticas en un entorno social actual con perspectivas inciertas.

Existe un **marco legal** donde se reconoce el derecho de los jóvenes a decidir y unos cauces institucionales que instrumentan espacios para el desarrollo de la actividad profesional de Enfermería con este grupo de población.

Para realizar una actividad adecuada y eficaz:

- nos exige aceptar las peculiaridades propias de la adolescencia, creer en ellas y a la vez estar cómodos en ese compartir.
- Es imprescindible adaptarse a sus horarios y necesidades a la vez que escuchar las sugerencias sobre la idoneidad de ubicación del espacio para la asistencia.



La actividad asistencial con los jóvenes puede desarrollarse:

- en el Centro de Salud, de forma indirecta por atenciones puntuales
- a través de los programas de educación escolar
- y/o en «la Consulta Joven»

Para el desarrollo de una Consulta Joven:

- es interesante situarla fuera del Centro de Salud
- adaptarla a las necesidades surgidas y sentidas por los jóvenes
- disponer de un lugar que pase desapercibido
- dotación y accesibilidad informática
- soporte de una red de apoyo como Salud mental, oficina de Información Juvenil y contactos con Asociaciones de Padres/Madres.

## VIOLENCIA DE GÉNERO Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA

**Doña Lucía Mazarrasa Alvear.** Enfermera.

Instructora de Sanidad. Jefa de Sección de Salud y Desarrollo Internacional del Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

**E**S UN PROBLEMA que afecta fundamentalmente a las **mujeres como víctimas** y a los hombres como agresores. En sus diferentes formas y manifestaciones el maltrato físico lo sufren entre el 25-50% de las mujeres a nivel mundial, producido por hombres de su entorno familiar. Ocurre tanto en países desarrollados como subdesarrollados



Es un problema muy antiguo pero que es reconocido por la OMS a partir de 1996 como problema de salud.

En el último año un 4,2% de mujeres españolas mayores de 17 años sufren violencia o maltrato por su pareja.

El maltrato presenta un periodo de incubación muy largo, hasta de 10 años, con tendencia a la cronicidad. Manifestándose de forma indirecta a través de un abanico de síntomas que llevan a la mujer a realizar múltiples consultas en los Servicios Sanitarios cayendo en la hiperfrecuentación.

Por el aislamiento al que se ven sometidas estas mujeres maltratadas, el Centro de Salud constituye un recurso de captación y asistencia accesible; a veces el único al que se le permite solicitar ayuda.

Es importante la descripción de los **criterios técnicos** del concepto de Violencia de Género en todas sus manifestaciones para poder detectarla en las consultas de atención primaria porque la mujer no las manifiesta directamente.

La violencia de género aporta baja autoestima a la persona que la sufre, genera depresiones encubiertas y se vive con vergüenza, produciendo angustia y aislamiento.

El total desconocimiento de este tema y la gran magnitud del mismo nos lleva a plantearnos la necesidad de iniciar el conoci-

miento de la génesis y manifestaciones de la violencia que genera una sintomatología indirecta como llamada de atención en el sistema sanitario.

Por la complejidad y cronicidad que le caracteriza precisa un abordaje integral y multidisciplinar.

Dentro de la **prevención primaria** contemplamos una serie de actividades :

- Educación a grupos generales de mujeres, donde es importante dar a conocer esta problemática, informando de sus diferentes expresiones. Hablando de ello con naturalidad como otros temas del área de la mujer.
- En grupos de trabajo específicos con mujeres maltratadas, darles contenido en los aspectos de reforzamiento de la personalidad y de crecimiento personal.
- En grupos de trabajo con hombres, favorecer la reflexión sobre el concepto de masculinidad y dismitificar los roles sociales masculino/femenino.

En líneas generales centraremos la atención en tres aspectos básicos:

- Aprender a detectarlo.
- Aprender a trabajarlo.
- Precisa un enfoque integral y multidisciplinar.

## EL SISTEMA DE CUIDADOS INFORMALES. UN RECURSO DE SALUD QUE HA DE SER CUIDADO

**Doña Cristina Francisco del Rey.** Enfermera. Profesora Titular Departamento de Enfermería. Universidad de Alcalá. Madrid.

**L**A MUJER se constituye en la **cuidadora por excelencia** en los anales de la historia. Pero es a partir de 1980 cuando se le da nombre a esta actividad.

Son aquellos cuidados que surgen en el **domicilio** y que para algunos autores representan en torno al 88% de las necesidades de la persona, y que van incrementándose en la medida que aumenta la esperanza de vida en la población general.

Tienen un gran impacto económico y de dedicación de tiempo para la familia que lo sufre, en torno a 5h/día.

Según datos de 1996 facilitados por el INSERSO, la familia cercana realiza en torno al 64% de estos cuidados informales, frente al 3,8% que asumen los Servicios Sociales.

España es un País con una situación deficitaria en el cuidado informal.

Requiere de la competencia y responsabilidad de Enfermería para la atención al cuidado formal así como el asesoramiento en el cuidado informal y el cuidado de la salud de los cuidadores.

El conocimiento sobre quienes son, cómo debe ser nuestra relación con ellos y cómo debemos **cuidar al cuidador/a** son responsabilidad del Equipo de Atención Primaria.

En España nuestra cultura del cuidado informal está más ligada a la vejez y/o a enfermedades invalidantes, pero existen otras culturas donde también pueden estar referidos al ámbito de atención materno-infantil.

# INFORME SOBRE LA ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

Don Angel Abad Bassols. Enfermero. Jefe de Sección de Actividad de Enfermería. Servicios Centrales Madrid. Miembro de la FESCE.

## MAYO 2001

Reunión de trabajo convocada por el Consejo General de Enfermería, con objeto de informar a las Asociaciones Científicas de Enfermería, sobre la decisión tomada dentro del Acuerdo Marco firmado entre el Consejo y el Ministerio de Sanidad y Consumo, para impulsar el desarrollo de todas las Especialidades de Enfermería creadas por Real Decreto 992/1987 y aún no desarrolladas: Pediatría, Cuidados Especiales, Geriátrica, Gerencia y Administración de Enfermería y la Especialidad de enfermería de salud comunitaria.

## FEBRERO 2001

Se firma el Acuerdo Marco entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Consejo General de Enfermería constituyéndose una Comisión Paritaria para su Seguimiento. En dicho acuerdo se prioriza desarrollar todas la Especialidades del R.D., con objeto de dar respuesta a las necesidades actuales y futuras, tanto del Sistema Sanitario como de Salud de la población. Adaptando y ampliando el Catálogo de Especialidades y Disposiciones Transitorias de vías de acceso, y elaborando los programas formativos y áreas de formación específica.

## JULIO 2001

Se nombra la Junta Directiva Provisional de la Federación Española de Sociedades Científicas de Enfermería (FESCE) para que realice los tramites necesarios para su constitución como Asociación. Sus cinco miembros son elegidos entre los representantes de las Asociaciones Científicas presentes en la reunión, celebrada el día 18 en el Consejo General de Enfermería. Asumiendo la FAECAP la Secretaría de dicha Junta Directiva.

FAECAP, presenta la Justificación de la necesidad de desarrollar cuanto antes la Especialidad de Salud Comunitaria, contando con las aportaciones de las nueve Asociaciones que la integran.

## SEPTIEMBRE 2001

Se nombra un nuevo Comité Asesor de Especialidades de Enfermería que propone

crear la especialidad de Trabajo y Salud Laboral y cambiar el nombre de alguna de las especialidades ya creadas, entre ellas la de Salud Comunitaria. También se crean los Grupos de Trabajo que deberán elaborar la propuesta del Programa Formativo de cada una de las Especialidades.

El Grupo de Trabajo de Enfermería de Salud Comunitaria queda formado por: María Antonia Campo i Osaba y Rosa Arnal Selfa como representantes del Ministerio de Sanidad y Consumo; Julio Fernández Garrido y Petri Rogero Anaya representantes del Ministerio de Educación, Ciencia y Deporte; Alfonso Antona Rodríguez y Teresa Icart Isem en representación del Consejo General de Enfermería y Ángel Abad Bassols en representación de las Asociaciones de Enfermería integradas en FAECAP. La coordinación del Grupo corre a cargo de Myriam Ovalle, Vicepresidenta del Comité Asesor de Especialidades.



## OCTUBRE 2001

La Junta Directiva de FAECAP, debate la propuesta del Comité Asesor de Especialidades de cambio de nombre de la Especialidad de Enfermería de Salud Comunitaria por el de «Enfermería de Familia». Previamente, se informó a cada una de las Asociaciones que integran FAECAP y su Presidente solicitó un informe al respecto. Tras el debate se acuerda solicitar que se respete el nombre de Salud Comunitaria, según aparece en el R.D., y si el Comité Asesor de Especialidades insiste en cambiar el nombre, proponer que se denomine Especialidad de Enfermería de «Salud Fa-

miliar y Comunitaria». Posteriormente, esta propuesta es la asumida por el Grupo de Trabajo de la Especialidad y aceptada por el Comité Asesor de Especialidades.

## NOVIEMBRE 2001

El día 12 se celebra, en el Ministerio de Sanidad y Consumo, la primera reunión de los Grupos de Trabajo de cada Especialidad y el Comité Asesor de Especialidades.

El objetivo de la reunión fue la presentación de todos los integrantes de los grupos y unificar la metodología de trabajo a seguir para elaborar la propuesta de los Programas Formativos de cada Especialidad.

También se informó de la Proposición no de Ley presentada en el Congreso de los Diputados para su aprobación, en la que se insta al Gobierno a desarrollar las Especialidades de Enfermería y se propone hacer modificaciones en el Catálogo de Especialidades y Disposiciones Transitorias del R.D.

A partir de esta fecha, se planifica el cronograma de trabajo y cada grupo comienza la elaboración de los Programas Formativos. El Grupo encargado de Salud Familiar y Comunitaria utiliza, entre otros, el documento de trabajo encargado a la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC) por FAECAP «Memoria justificativa de la Especialidad en Enfermería de Salud Comunitaria».

## MARZO 2002

En febrero, el Grupo de Trabajo presenta la propuesta del Programa Formativo de la Especialidad al Comité Asesor de Especialidades, que tras su valoración lo aprueba el día 4 de marzo.

## ABRIL 2002

El día 17, se aprueba en la Comisión de Educación del Congreso de los Diputados la Proposición no de Ley por la que se insta al Gobierno a que adopte las medidas necesarias para el desarrollo de las Especialidades de Enfermería y modifique el Real Decreto 992/1987, en lo referente al Catálogo y vías transitorias de acceso a las Especialidades de Enfermería.

# ACUERDOS MÁS RELEVANTES ADOPTADOS HASTA AHORA POR EL COMITÉ ASESOR DE ESPECIALIDADES PARA EL DESARROLLO DE LAS ESPECIALIDADES

## 1. REFERENTE AL REAL DECRETO 992/1987:

### MODIFICACIONES DEL CATÁLOGO DE ESPECIALIDADES:

Se propone el desarrollo de las siguientes Especialidades: Enfermería de Salud Familiar y Comunitaria, Enfermería de la Infancia y la Adolescencia, Enfermería Clínica Avanzada, Enfermería Geriátrica y Gerontológica, Enfermería de Gestión y Administración y Enfermería del Trabajo y Salud Laboral

MODIFICACIONES DE LA DISPOSICIÓN TRANSITORIA PRIMERA que hace referencia a los criterios que deberán cumplir los enfermeros que estén ejerciendo la profesión y quieran obtener el Título de Enfermero Especialista, en alguna de las Especialidades contempladas en el Catálogo de Especialidades:

Se propone cambiar el criterio que hace referencia a tener que haber ejercido la profesión en el ámbito o área afín de la Especialidad «... durante cuatro años en los últimos diez años...» por «...al menos durante cuatro años...». También se propone cambiar el criterio que hace referencia a «superar aquellas pruebas que se convoquen sobre programas de formación de la Especialidad respectiva» por la de «tener un Currículum Académico con formación de carácter continuada, acreditada a tal fin, en los 5 años anteriores a la solicitud del Título».

## 2. REFERENTE A LOS PROGRAMAS FORMATIVOS:

Además de las materias verticales específicas propuestas por cada Grupo de Trabajo y que como ya se ha indicado fueron aprobadas el pasado 4 de marzo por el Comité Asesor de Especialidades, los Programas Formativos de todas las Especialidades tendrán como materias horizontales comunes: Investigación, Bioética y Legislación, Nuevas Tecnologías, Inglés Aplicado y Gestión-Administración.

Crear áreas de capacitación específica en la Especialidad de Enfermería Clínica Avanzada.

### PENDIENTE

Publicación por la Secretaría de Estado del Ministerio de Educación, Ciencia y De-

portes, de las Resoluciones de las Especialidades con su Programa Formativo correspondiente.

Publicación en el BOE de un nuevo Real Decreto, con las modificaciones del Catálogo de Especialidades y Disposiciones Transitorias propuestas.

### DADOS LOS ÚLTIMOS ACONTECIMIENTOS, DE GRAN INTERÉS PARA NUESTRA ESPECIALIDAD, AÑADIMOS EL ÚLTIMO INFORME ENVIADO POR EL PONENTE.

El día 16 de mayo 2002 se celebró, en la sede del Consejo General de Enfermería de Madrid, la reunión entre el Grupo de Trabajo que ha elaborado la propuesta de Programa Formativo de la Especialidad de Salud Familiar y Comunitaria y representantes del Comité Asesor de Especialidades.

La reunión fue convocada por el Ministerio de Sanidad, tras la solicitud hecha por FAECAP en la reunión mantenida el 29 de abril entre la FESCE y el comité Asesor de Especialidades, para:

- Discutir la propuesta, hecha el 29 de abril 2002 por el Comité Asesor de Especialidades, de incluir áreas de capacitación específicas en la Especialidad de Salud Familiar y Comunitaria.
- Revisar el Programa Formativo de la Especialidad que ya se ha incluido como anexo en la «Propuesta de resolución de la secretaria de estado de universidades, investigación y desarrollo del ministerio de educación, cultura y deporte, por la que se regula la obtención del título de enfermero especialista en enfermería de salud familiar y comunitaria, y se aprueba con carácter provisional el programa formativo correspondiente».

Respecto a crear cualquier **área de capacitación específica** dentro de la Especialidad: tras una larga y dura jornada de trabajo (desde las 11 a las 21,30 horas), en la que los miembros del Grupo de Trabajo argumentaron en contra y se transmitieron los argumentos, también en contra, de las Asociaciones integradas en FAECAP, se llegó al acuerdo de no crear áreas específicas de capacitación en la Especialidad de Salud Familiar y Comunitaria.

Se decidió que si el Comité Asesor de Especialidades insistía en considerar conveniente crear las áreas de capacitación propuestas (Drogodependencias, Coordinación Sociosanitaria y Educación para la Salud) u otras, todas ellas se considerasen áreas comunes de capacitación para cualquiera de las Especialidades de Enfermería contempladas en el Real Decreto 992/1987, además de la de Trabajo y Salud Laboral que se ha propuesto incluir en catálogo. Es decir, se abre la posibilidad de que una vez en posesión de cualquier título de Enfermero Especialista, el especialista que le interese podrá formarse en el área de capacitación común que elija entre las que se creen siguiendo la formación que se determinase para ello. Para hacer posible esto se deberá incluir otra modificación al Real Decreto 92/1987, ya que actualmente en él sólo se contempla la posibilidad de crear áreas de capacitación específicas dentro de una especialidad determinada.

Los representantes del Comité Asesor de Especialidades se comprometieron a redactar la propuesta para crear áreas de capacitación común que se añadirá a las modificaciones ya hechas al Real Decreto. Máximo González como Presidente del Comité Asesor de Especialidades nos informó, ya por la tarde, de que había hablado con el Ministerio de Sanidad el cual estaba de acuerdo y ya se estaba redactando el texto para incluirlo inmediatamente en el R.D. ya que estaba todo preparado para su tramitación y posterior aprobación por el Gobierno.

Respecto al **Programa Formativo de la Especialidad**, se revisaron las Materias y los Objetivos Cuantitativos del Programa haciendo las últimas aportaciones como Grupo de Trabajo de la Especialidad. Dicho programa se publicará como anexo en la Resolución del Ministerio de Educación que regula la obtención del título de Enfermero Especialista en Enfermería de Salud Familiar y Comunitaria, dicha resolución junto con las del resto de especialidades ya están preparadas para su aprobación y publicación por el Ministerio de Educación.

Por último, quiero destacar la actitud y habilidad del Grupo de Trabajo en la negociación que ha sido admirable.



# Nuestra biblioteca

*Estos son los libros de los que disponemos en nuestra sociedad.  
Si estás interesado en consultarlos no tienes más que comunicárnoslo.*



## **Libro Blanco de los Servicios Sanitarios Asturianos. Áreas Temáticas.**

- Año: 2000.



## **Libro Blanco de los Servicios Sanitarios Asturianos. Anexo.**

- Año: 2000.



## **Programa de atención domiciliaria con equipo de soporte (ESAD).**

- Autor: INSALUD.
- Año: 2000.



## **Cuadernos de gestión para el profesional de Atención Primaria. Perfil, actitudes, valores y expectativas de los profesionales de la Atención Primaria en el siglo XXI. Análisis prospectivo «Delphi».**

- Editorial: DOYMA.
- Año: Volumen 5, Suplemento 1, 1999.



## **Libro blanco. La aportación de la enfermería a la salud de los españoles.**

- Editorial: Consejo General de Enfermería.
- Año: 1998.



## **Diagnósticos enfermeros en Atención Primaria: Aplicación práctica.**

- Editorial: Universidad de León y AEC.
- Año: Ponferrada. 2000.



## **Evaluación de Cartera de Servicios. Manual de procedimiento.**

- Editorial: INSALUD, 2001.



## **Planes de Cuidados enfermeros estandarizados en Atención Primaria.**

- Autores: E. Contreras y 8 más.
- Editorial: Servicio Andaluz de Salud.
- Año: 2000.



## **Manual de diagnósticos de enfermería.**

- Autor: L. J. Carpenito
- Editorial: McGraw-Hill Interamericana.
- Año: 5ª ed. 2000



## **Diagnóstico enfermeros: Definiciones y Clasificación 2001-2002.**

- Autor: NANDA.
- Editorial: Harcourt.
- Año: 2001.



## **Clasificación de Resultados de Enfermería.**

- Autores: Marion Johnson, Meridean Maas, Sue Moorhead.
- Editorial: Harcourt.
- Año: 2ª ed. 2001.



## **III Jornadas de Trabajo AENTDE: Haciendo visible la calidad enfermera. NIC y NOC.**

- Autor: Conferencia de Marion Johnson.
- Año: Ávila, 26 y 27 de octubre de 2001.



## **III Jornadas de Trabajo AENTDE: Haciendo visible la calidad enfermera. NIC y NOC.**

- Autor: Conferencia de Gloria M. Bulechek.
- Año: Ávila, 26 y 27 de octubre de 2001



## **Clasificación de intervenciones de enfermería.**

- Autores: Gloria M. Bulechek, Joanne C. McCloskey.
- Editorial: Harcourt.
- Año: 3ª edición. 2001.



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

Apartado de Correos 898  
33080 OVIEDO