



AVGIA

SUPLEMENTO ESPECIAL

REGULADAS LAS ESPECIALIDADES DE ENFERMERIA.

**IMPORTANTE SENTENCIA DEL TRIBUNAL CONSTITUCIONAL:
LA COLEGIACION OBLIGATORIA ES CONSTITUCIONAL.**

**MALAGA ELEGIDA SEDE DE LA CONFERENCIA INTERNACIONAL
DE ENFERMERIA EN 1993.**

**PROPUESTA DEL CONSEJO GENERAL
PARA LA MODIFICACION DEL CURSO DE NIVELACION.**

**CONFERENCIA INTERNACIONAL DE
ENFERMERIA O.M.S. EUROPA.
LOS 38 OBJETIVOS**

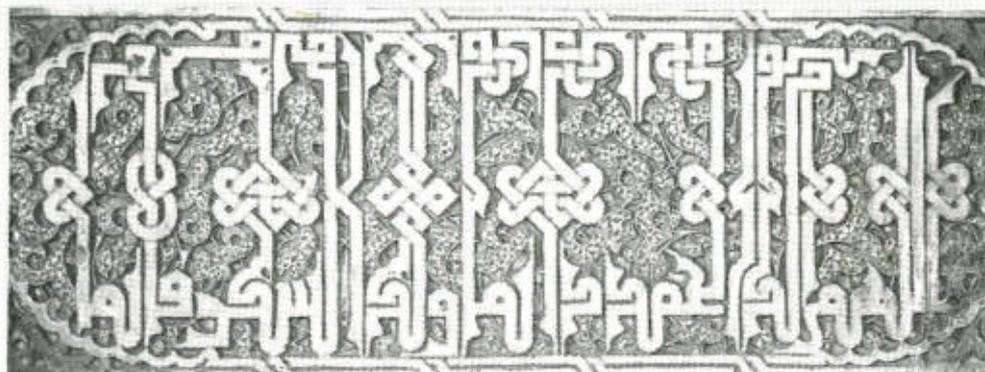
**FORO PROVINCIAL DE
ENFERMERIA:** «La Enfer-
meria abre el camino». Sevilla 19 y 20
de Octubre 1987.

ORGANIZA: Colegio Oficial de
A.T.S.- D.E. de Sevilla.

Viena '88 marcará un hito histórico que condicionará el futuro de nuestra profesión, de todos los profesionales de enfermería, y de la forma de relacionarnos con las respectivas administraciones de gobierno, los usuarios y la sociedad en general.

Sumario

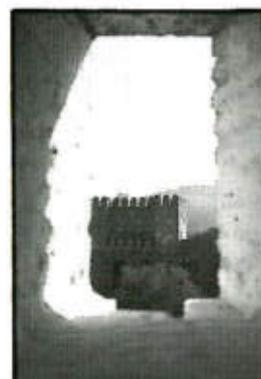
— CONFERENCIA INTERNACIONAL DE ENFERMERIA ...	3
— OBJETIVOS DE SALU PARA TODOS. CONSECUENCIAS PARA ENFERMERIA.....	5
— LOS 38 OBJETIVOS PARA EUROPA	11
— INFORMACION GENERAL SOBRE EL FORO PROVINCIAL ORGANIZADO POR EL COLEGIO A.T.S. - D.E. DE SEVILLA	18
— FORO PROVINCIAL DE ENFERMERIA. «LA ENFERMERIA ABRE EL CAMINO»	19
— REGULADAS LAS ESPECIALIDADES DE ENFERMERIA	20
— REAL DECRETO 992/1987 SOBRE REGULACION DEL TITULO DE ENFERMERO ESPECIALISTA	25
— LA OBLIGATORIEDAD DE LA COLEGIACION ES CONSTITUCIONAL	26
— MALAGA SERA LA SEDE DEL CONGRESO INTERNACIONAL DE ENFERMERIA DE 1993. PREMIO QUIRON	28
— PROYECTO DE ORDEN MINISTERIAL QUE PROPONE EL CONSEJO GENERAL DE A.T.S. - D.E. AL MINISTERIO DE EDUCACION Y CIENCIA SOBRE: CURSO DE NIVELACION	29
— OPINIONES. SOBRE LA NECESIDAD DE ESCRIBIR	32
— INFORMACION	34



SEPTIEMBRE

1987

EN PORTADA



Alejandro García

NOTA

EL TRABAJO «LA ENFERMERIA Y LA HOSPITALIZACION DOMICILIARIA» PUBLICADO EN EL Nº 1 DE HYGIA HA SIDO REALIZADO POR: MANUEL CARLOS CID GONZALEZ Y MARIA JESUS VAL GARCIA. PIDIENDO DISCULPAS POR LA OMISION DE LA AUTORIA DEL MISMO.

**Suplemento
especial**



EDITA:

Ite. Colegio Oficial de
Ayudantes Técnicos Sanitarios y
Diplomados en Enfermería
de Sevilla

DIRECTOR:

José M.ª Rueda Segura

SUBDIRECTOR:

Francisco Baena Martín

DIRECCION TECNICA

Maite Brea Ruiz
Alfonso Alvarez González
José Antonio Cervera López

CONSEJO REDACCION

Juan Vicente Romero Lluch
Carmelo Gallardo Moraleda
María Dolores Ríos Parrilla
José M. de los Santos Alfonso
Alejandro García Nieto
Hipólito Gallardo Reyes
M.ª Carmen Fdez. Zamudio

IMPRIME:

Gráficas Mirte, S.A.

DEPOSITO LEGAL:

SE - 470 - 1987

La Revista *HYGIA* no comparte necesariamente las opiniones vertidas en los diferentes artículos, siendo la responsabilidad de los mismos, exclusiva del que los suscribe.

VIENA '88

CONFERENCIA INTERNACIONAL DE ENFERMERIA

La Trigésima Asamblea Mundial de la Salud decidió en Mayo de 1977 que la **Principal Meta** de carácter social para los Gobiernos y para la O.M.S. es conseguir de aquí al año 2000, que todos los habitantes del mundo tengan acceso a un nivel de salud que les permita desarrollar una vida productiva social y económicamente.

En la Región Europea, a pesar de los recursos financieros que se han destinado al Sector Salud y al desarrollo de nuevos medicamentos y nuevas tecnologías en los últimos treinta años, el nivel de Salud de la Población es muy inferior al que podría ser. Igualmente, a pesar del elevado nivel científico, económico y educativo de la mayoría de los Países, persiste el problema de la desigualdad en materia de Salud.

En este contexto, los representantes de los Estados miembros de la Región

Europea de la O.M.S., aprobaron en 1980 la estrategia Europea para la instauración de **Salud para todos en el año 2000 (S/2000)**.

Esta estrategia exigía un cambio radical en las Políticas de Salud de los Países. Para llegar a esa meta S/2000, se formulan 38 objetivos regionales específicos en la Región Europea. Aunque los objetivos no obligan legalmente a los Países, pueden ayudarles a determinar sus propias metas de acuerdo con sus necesidades, sus prioridades y sus valores específicos.

La empresa reviste cuatro dimensiones que requieren cuatro categorías de acciones:

1º **Asegurar la Igualdad ante la Salud**, reduciendo las diferencias actuales en el estado Sanitario entre los Países y entre los grupos socio-económicos en el interior de un mismo País.





2º **Añadir vida a los años**, asegurando el pleno desarrollo y la plena utilización del Potencial Físico y Mental integral o residual de las personas, de manera que puedan gozar de la vida y abordarla de manera sana.

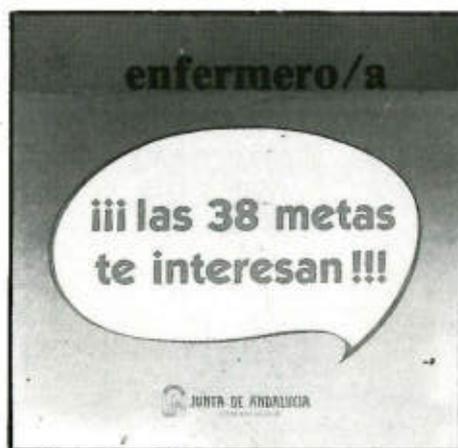
3º **Añadir Salud a la vida**, reduciendo la morbilidad y la incapacidad.

4º **Añadir años a la vida**, luchando contra la muerte prematura o, lo que es lo mismo, alargando la esperanza de vida.

Dentro de toda esta acción multinacional y multidisciplinaria, específicamente, y atendiendo a la **decisiva importancia** que los Profesionales de Enfermería tenemos como Agentes de Cambio —expresado por el Dr. Mahler, Director General de la O.M.S. en el documento: «Las enfermeras marcan la pauta»— la Organización Mundial de la Salud, hace un llamamiento a todos los Profesionales y estudiantes de Enfermería para que discutan y debatan en foros nacionales, regionales y locales a cerca de cómo la Profesión de Enfermería puede incidir en la Meta S/2000.

Con estos foros se conseguirá por primera vez, que la gran mayoría de Profesionales desde la misma base aporten sus opiniones sobre la Enfermería que nos queremos dar a nosotros mismos y deseamos dar a los usuarios, así como identificar nuevos caminos, modelos teóricos, etc.

Todas estas conclusiones de los distintos foros serán puestas en común en uno de carácter nacional para ser llevados a Viena en la Conferencia que se celebrará en Junio del año próximo.



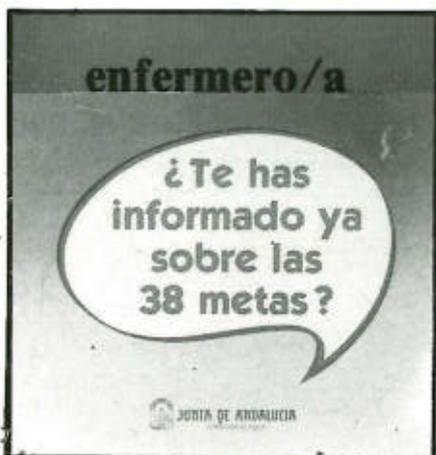
Las conclusiones de nuestro país a la vez que servirán para enriquecer a las del resto de los países europeos, servirán como un mecanismo preciso ante nuestro Gobierno para expresar lo que queremos los Profesionales.

En la medida que participamos en mayor número se acercará más a la exacta realidad. Hasta ahora son muchas voces y grupos de élite los que dicen representar la opinión de la Enfermería Española, creemos sinceramente que sólo a los Profesionales les compete manifestar realmente que es lo que piensan.

El Colegio de Sevilla comprometido con este movimiento general de discusión y cambio, promueve entre sus Colegiados la organización de foros en un número que dependerá de la demanda solicitada por los profesionales sevillanos. Hemos querido dedicar casi en su totalidad el Boletín Informativo de Septiembre para difundir estos objetivos, que sin lugar a duda son un instrumento de información y estudio de gran trascendencia.

Las conclusiones y recomendaciones de los distintos foros deberán estar perfiladas en un informe conjunto que llegue a la O.M.S. antes del 1 de Febrero de 1988.

En un Anexo que se adjunta os ofrecemos un resumen de los 38 objetivos, de igual modo el Consejo General enviará en un número monográfico que os llegará en la segunda o tercera semana de Septiembre, información más detallada de los objetivos, así como documentos aportados por la O.M.S. para su discusión en los foros, y los artículos «Las Enfermeras marcan la pauta» y «¿Porqué el liderazgo en Salud para Todos?», ambos del Dr. Halfdan Mahler.



OBJETIVOS DE SALUD PARA TODOS CONSECUENCIAS PARA LA ENFERMERIA

INTRODUCCION

¿Por qué debes preocuparte del programa de la OMS «Salud para todos en el año 2000»? ¿Qué pueden significar para las enfermeras y las matronas los 38 objetivos (*) regionales de «Salud para todos»?

Los objetivos son una oportunidad para que enfermeras y matronas alcancen sus aspiraciones de siempre a través de nuevas y más independientes vías, en cooperación estrecha y recíproca con los otros profesionales de la salud y grupos involucrados en la misma, para que conformen su propio futuro a través del trabajo en pro de la consecución de la meta «Salud para todos». Así cambiarán todos y cada uno de los aspectos de su vida profesional, comenzando por la definición de lo que es salud.

«Salud», según la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), es un «estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia». Y es «uno de los derechos fundamentales de todo ser humano». La OMS marcó una meta: «que todos los ciudadanos del mundo alcancen, en el año 2000, un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva». La Atención Primaria de salud, con la participación de los individuos, es la clave para lograr alcanzar esta meta final.

* El término inglés es «target», que puede traducirse como «meta», «objetivo». La OMS, en alguna de sus publicaciones utiliza el término castellano «meta». El Ministerio de Sanidad y Consumo en las suyas ha utilizado el término «meta» aplicado a la consecución final del programa «Salud para todos», y el de «objetivos» aplicado a cada programa o meta parcial. En esta traducción se adoptan los términos utilizados por el Ministerio.

En las reuniones del Comité Regional Europeo, los Estados Miembros de la Región Europea de la OMS adoptaron «Salud para todos en el año 2000» como su principal política común, y aprobaron los 38 objetivos Regionales que describen el mínimo de progreso que deben realizar para mejorar la salud y resolver los problemas relacionados con ella. Los estados miembros han acordado también hacer un seguimiento continuo de los avances, e informar de ellos al Comité Regional.

Son necesarios varios requisitos previos para lograr la meta de «Salud para todos». Sin paz, sin justicia social, sin suficiente comida y agua potable, sin educación adecuada, sin una vivienda decente, sin desempeñar un papel útil en la sociedad y sin ingresos económicos suficientes, no puede haber salud ni crecimiento real, ni desarrollo social. Los objetivos abarcan casi todas estas necesidades y se adoptaron porque, a pesar de todo el dinero gastado y del progreso alcanzado en el nivel de salud, la gente en Europa no está tan sana como cabría esperar. Además, a pesar del alto nivel general de desarrollo de la Región, aún existen desigualdades graves respecto a la salud. Por ejemplo, en la expectativa de vida hay una diferencia de hasta 20 años entre países de la misma Región, y los índices de mortalidad infantil oscilan entre menos de 7 y más de 100 por cada mil nacidos vivos.

Los objetivos expresan las mejoras que podrían esperarse si se unieran en busca de una aspiración común toda la voluntad, los conocimientos, recursos y tecnología ya disponibles, y deberían ayudar a los estados miembros a fijar sus propias prioridades y objetivos.

En los objetivos, seis temas básicos

Hay seis temas principales en los objetivos. Primero, «Salud para todos» implica **equidad**, de forma que las actuales desigualdades de salud entre los países y dentro de ellos deberían reducirse todo lo posible.

Cuando la gente está sana, es capaz de movilizar sus capacidades físicas, mentales y emocionales, y en este sentido, es capaz de promover su propia salud. El énfasis en la atención de la Salud debe de estar en la **promoción de la salud** y la **prevención** de la enfermedad.

La gente logrará por sí misma, «Salud para todos». Una comunidad bien informada, motivada y **activamente participativa** es esencial para el logro de este objetivo común.

Puesto que las autoridades de salud pueden ocuparse sólo de parte de los problemas que hay que resolver, la **cooperación multisectorial**, que abarca a todos los sectores del Gobierno y sociedad implicados, es la única manera para garantizar los pre-requisitos para la salud, promover políticas de salud y reducir los riesgos en los ambientes físicos, económicos y sociales.

El foco del sistema de salud debería estar en la **Atención Primaria de Salud**: satisfaciendo las necesidades básicas de cada comunidad mediante los servicios prestados, tan cerca como fuere posible de los sitios donde las personas viven y trabajan; fácilmente accesibles y aceptables para todo el mundo, y a un precio razonable.

Por último, algunos problemas de salud trascienden las fronteras nacionales; la polución y el comercio de productos nocivos para la salud son ejemplos obvios de problemas cuya solución requiere **cooperación internacional**.

¿Quién contribuye a «Salud para todos»?

El éxito del movimiento de «Salud para todos» depende del fuerte apoyo de 5 grupos de personas, diferentes pero superpuestos, cada uno de ellos con sus responsabilidades especiales.

Primero: las personas tienen derechos y responsabilidades para con «Salud para todos». El movimiento existe para su provecho, pero solamente será un éxito si cuenta con su ayuda y participación. **Segundo:** los Ministerios de Salud y las **autoridades sanitarias**, a to-

dos los niveles, en los estados miembros, tienen la más pesada carga de responsabilidad en la acción requerida para lograr «Salud para todos». **Los sectores no sanitarios**, incluyendo a las organizaciones no gubernamentales, deben darse cuenta de los efectos que sus actividades causan sobre la salud, y deben intentar alcanzar sus objetivos de forma que beneficien a la salud. Más aún, las agencias de las Naciones Unidas (la OMS especialmente) y otras **organizaciones internacionales** tienen la responsabilidad de asegurar la cooperación entre los países en los problemas que traspasen los límites nacionales. Los **profesionales de salud**, con su conocimiento experto y su influencia sobre los políticos y sobre el público en general, pueden ser una fuerza importante para movilizar el apoyo e iniciar el cambio. Las enfermeras y las matronas tendrán el mayor interés en las responsabilidades de este último grupo.

Colectivamente, los profesionales de la salud deberían ampliar el marco tradicional de los problemas de salud para incluir los factores determinantes de salud para incluir los factores determinantes de salud de tipo psicológico, social, económico y ambiental. Deberían trabajar estrechamente con los profesionales de los campos implicados, y resaltar la importancia de actuar sobre los factores señalados si se quiere mejorar la salud. Individualmente, todo el personal de salud debería priorizar la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la asistencia y la rehabilitación. Deberían intentar obtener una visión más integral de los problemas de salud, buscando posibles recursos y soluciones para los muchos problemas de salud individual, familiares y comunitarios.

La calidad de la atención de salud también depende de los profesionales de la salud. Todos ellos deberían planificar y realizar investigación para generar una comprensión más profunda de los problemas de salud y hallar formas más selectivas de solucionarlos. Esta contribución es vital para «Salud para todos».

Organización de los objetivos

Los 38 objetivos se distribuyen en tres grupos interconectados según sus temas y fechas de cumplimiento. Estas fechas reflejan el orden lógico de los acontecimientos que deben producirse para alcanzar «Salud para todos» en el año 2000. Al igual que los bloques de piedra de una pirámide, cada objetivo se ajusta con precisión a los otros que le rodean, y el más elevado es el último que se coloca.

Los objetivos no obligan legalmente a ningún estado miembro; más bien están diseñados para estimular a los Gobiernos, grupos profesionales y al público en general en cada país, para que se generen políticas y programas de «Salud para todos» que les sean más convenientes.

I. Salud para todos en Europa en el año 2000

Objetivos 1-12

Los 12 primeros objetivos describen los requisitos fundamentales para que las personas estén sanas, a cuyo logro pueden contribuir enfermeras y matronas. Su fecha de cumplimiento es el año 2000. Primero, debe asegu-



rarse la **equidad en la salud** reduciendo las diferencias en los niveles de salud, entre los sexos, los grupos sociales y económicos y los países (objetivo 1). La otra necesidad es **fortalecer la salud**; esto puede realizarse de tres maneras.

Primero, los objetivos dos y tres aspiran a **añadir vida a los años** asegurando el pleno desarrollo y uso del potencial mental y físico de cada persona, para beneficiarse y hacer frente a la vida de manera saludable. Es especialmente importante que los ancianos, los menos favorecidos, los incapacitados físicos y mentales, dispongan de oportunidades que les permitan llevar una vida social y económica gratificante.

Los objetivos 4 y 5 pretenden **añadir salud y vida** reduciendo la enfermedad y la incapacitación, eliminando algunas enfermedades (sarampión indígena, poliomielitis, tétanos neonatal, rubeola congénita, difteria, sífilis congénita y malaria indígena).

Los últimos siete objetivos de este grupo requieren acción para **añadir años a la vida**. La expectativa de vida al nacer debe aumentar hasta 75 años (objetivo 6). El índice de mortalidad infantil en la Región debe ser inferior a 20 muertes por 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad materno-infantil debe ser inferior a 15 por cada 100.000 nacidos vivos (objetivo 7 y 8). El número de muertes por enfermedades circulatorias, cáncer y accidentes, los tres principales asesinos de la Región, debería reducirse (objetivos 9-11), y debería invertirse el actual aumento de suicidio y de intentos de suicidio (objetivo 12).

II. Cambios necesarios para la salud para todos

Objetivos 13-31

Estos objetivos cubren los cambios en los estilos de vida, la atención al medio ambiente y a la salud, necesarios para alcanzar requisitos fundamentales para la salud. Las fechas de logro de casi todos estos objetivos son 1990 ó 1995. Aunque las enfermeras y las matronas continuarán estrechamente implicadas en los objetivos sobre la atención adecuada, deberían también ayudar a promover estilos de vida que conduzcan a la salud y a un ambiente sano, ampliando así su papel en los cuidados.

Estilos de vida que conduzcan a la salud (objetivos 13-17)

Puesto que el estilo de vida está estrechamente ligado a la salud, para lograr «Salud para todos» es esencial la promoción de estilos de vida saludables. El punto de partida es reconocer que la salud de las personas depende en gran medida del medio político, económico y social y físico, el cual puede limitar su capacidad para escoger formas de vida saludables. La política pública y corporativa también influye considerablemente en los estilos de vida. Así, en estos 5 objetivos se refieren a parte esenciales de una estrategia para promover estilos de vida saludables y sugerir políticas que faciliten su alcance a todo el mundo.

Los tres primeros objetivos de este grupo aspiran a dar oportunidades a las personas y reforzar su capacidad para llevar estilos de vida saludables, por medio de las políticas nacionales (objetivo 13), programas de apoyo para familias y grupos sociales (objetivo 14) y programas de educación para la salud (objetivo 15). Las enfermeras y las matronas pueden influir en apoyo del objetivo 13.

Más aún: las personas pueden mantener su salud activamente y los estados miembros deberían promover conductas positivas para la salud (objetivo 16) y desalentar los comportamientos que perjudiquen a la salud (objetivo 17). Dada la influencia social y ambiental sobre el estilo de vida, los objetivos 16 y 17 requieren acción de los cinco grupos responsables de «Salud para todos». Estos objetivos aspiran a cambiar el comportamiento, pero éste

sólo cambiará cuando las personas empiecen a cambiar su mentalidad y adquieran un concepto positivo de salud, como algo que pueden construir y mantener. Ni las enfermeras ni las matronas pueden ordenar a las personas que cambien, pero pueden ayudar a que la gente elija la salud por sí misma explicando temas y dándoles información.

Ambiente saludable (objetivos 18-23)

El ambiente afecta poderosamente a la salud, y el grupo siguiente de objetivos se refiere a la protección de las personas de los riesgos ambientales (objetivos 18-23) y a la mejora de los lugares donde la gente vive y trabaja (objetivos 24 y 25), no sólo para salvaguardarlos de los riesgos sino también para mejorar su salud promoviendo la calidad de vida.

Las enfermeras y las matronas pueden prestar una contribución vital a la comunidad para lograr un ambiente favorable, mediante el logro de los objetivos 24 y 25. Las enfermeras de Salud Pública, de Salud Laboral y algunas matronas trabajan ya en la comunidad y lo mismo harán más profesionales de enfermería, en calidad de suministradores de atención primaria de salud. Aunque la mayor parte de la acción para lograr un ambiente favorable vendrá de otros sectores, las enfermeras y las matronas, junto con otros profesionales de la salud, tendrán un rol importante.

Los profesionales de salud deben desarrollar habilidades para poder valorar e informar de los riesgos ambien-



tales. Las enfermeras y las matronas hablando con la gente, conociendo sus problemas y asesorándoles sobre los peligros ambientales para la salud y qué pueden hacer para resolverlos, pueden y deben ser importantes canales de comunicación. Su contribución debe incluir educación sobre los riesgos en el hogar y en el lugar de trabajo, y sobre formas de mejorar estos lugares para promover la salud.

Con la información que procede de la gente, y por su propia valoración, estos profesionales podrían indicar al sector gubernamental o social que pudiera resolverlos, cuáles son los problemas de salud ambientales, promoviendo al mismo tiempo la cooperación multisectorial. El sector de salud en su conjunto debería también estar más implicado en la planificación comunitaria. Las enfermeras y las matronas, junto con otros profesionales de la salud, deberían aprender más sobre los efectos del ambiente en la salud. Deberían ayudar a fijar criterios sobre la calidad del aire en ambientes cerrados y sobre estándares en los aspectos sanitarios de la vivienda, tales como higiene, seguridad, superficie, iluminación y aislamiento. También deberían abogar ante los diseñadores por las necesidades especiales de los ancianos y de los impedidos así como por la necesidad de hogares que fomenten la interacción social y la vida familiar armoniosa.

Atención adecuada (objetivos 26-31)

A pesar del progreso impresionante de las décadas recientes, la salud de la población de Europa no ha mejorado tan rápidamente como cabía esperar, probablemente a causa de la relativa velocidad del desarrollo de las diferentes partes del sistema de Atención de Salud y del desequilibrio resultante, en favor del hospital, entre los diferentes tipos de atención prestada. Además, el éxito del sistema de atención de salud ha producido un aumento de la demanda de instalaciones de apoyo para los impedidos, para la rehabilitación y atención continuada, en los hogares y en la comunidad, y para los cuidados terminales.

¿Qué debe hacerse respecto a los nuevos problemas de salud, las expectativas cambiantes, el desarrollo de posibilidades dentro y fuera del sector sanitario y los recursos limitados? Una buena respuesta es la atención primaria de salud.



La filosofía de «Salud para todos» requiere una organización del sistema de Atención de Salud. Esto significa un sistema basado en la Atención Primaria de Salud, con mayor énfasis en la integración y la coordinación en todos los niveles, en el trabajo multisectorial para la promoción de salud, para la prevención, la rehabilitación y la asistencia y el reconocimiento formal del más importante papel que los individuos, las familias y las comunidades pueden y deberían ser capaces de desempeñar respecto a la salud. Para las enfermeras y las matronas esto significa grandes cambios y grandes oportunidades. Los sistemas de atención primaria de salud ampliarán el contenido y los lugares de trabajo de estos profesionales, su relación con los pacientes y con los otros profesionales de la salud, y sus ideas y definiciones de ellos mismos.

Los seis objetivos sobre la atención adecuada describen las políticas, los recursos y las partes esenciales del sistema de A.P.S., junto con la necesidad de garantizar la calidad de esta atención. Todo esto debería cumplirse el año 1990.

Políticas y recursos para la Atención Primaria de Salud

Primero, todos los estados miembros deberían desarrollar sistemas de atención de salud basados en la atención primaria, apoyados por la atención secundaria y la terciaria cuando fuera necesario (objetivo 26). Cada país debe tener un plan nacional, con la ayuda de la comunidad y de los profesionales de la salud, para hacer de la atención primaria de salud una realidad en cada comunidad. Así, la atención primaria reemplazaría a la aten-

ción secundaria u hospitalaria como foco del sistema de atención de salud. Al elaborar estos planes, los estados miembros deberían contar con la comprensión, el apoyo y el consejo de todos los profesionales de la salud. El punto de partida debería ser un fuerte apoyo de las autoridades a todos los niveles y una reorientación de la formación de los profesionales de la salud para adaptarles al trabajo en atención primaria de salud.

Para que la atención primaria de salud sea algo más que una política, los recursos de la atención de salud deben ser cuidadosamente redistribuidos, trasladándolos gradualmente desde el hospital a la atención primaria. Las necesidades se han de distribuir de acuerdo con los recursos de todo tipo (equipamiento, dinero y personal) para proporcionar servicios accesibles y aceptables para todos (objetivo 27). Los recursos existentes deberían utilizarse de una forma más nueva y eficaz, para proporcionar servicios primarios, secundarios y terciarios en un sistema regionalizado, en el cual las unidades independientes con roles claramente definidos, sirvan a poblaciones bien definidas. Por lo tanto también deberían invertirse las tendencias recientes para las enfermeras y las matronas; deberían salir de los hospitales para trabajar en los Centros de Salud comunitarios o en los hogares, escuelas y centros de trabajo. También deberían revisarse sus papeles y funciones tanto si trabajan en equipo de atención primaria de salud como si trabajan en solitario.

Contenido de la Atención Primaria de Salud

Los tres objetivos siguientes se ocupan de las características esenciales

de un sistema de atención primaria de salud. Fuera de los hospitales pueden ofrecerse la mayoría de los servicios preventivos y muchos de los servicios de diagnóstico, terapéuticos y de apoyo. Todos los sistemas de atención primaria de salud deben proporcionar una amplia gama de servicios promotores de salud, curativos, rehabilitadores y de apoyo, para satisfacer las necesidades de la población y poder prestar especial atención a las necesidades de personas y grupos de alto riesgo, vulnerables y mal atendidos (objetivo 28). Para poder proporcionar todos estos tipos de cuidados se necesita un número adecuado de enfermeras y de matronas; así, también cambiará el tipo de trabajo que realizan. Las enfermeras serán especialmente valiosas para proporcionar atención domiciliar y de rehabilitación que permitirá a las personas (particularmente a los ancianos y a los impedidos) poder permanecer o recuperarse en sus propios hogares. Las matronas deberían ampliar su papel mucho más allá de sus tradicionalmente reconocidos límites, para incluir salud de la familia, consejo y salud sexual. Las enfermeras y las matronas deberían también tomar parte en los debates sobre la calidad de los servicios y sobre el uso adecuado de la tecnología (objetivo 31 y 38).

Las enfermeras deberían trabajar también en la investigación multidisciplinaria para evaluar la prestación de la atención de la salud. Una atención adecuada significa unos servicios integrados, y las enfermeras y las matronas deberían ayudar a conectar todos los niveles de la atención y todas las personas implicadas. Una vez más, serían los canales de comunicación transmitiendo la información procedente de los usuarios de los servicios de salud junto con los resultados de su propia experiencia y ayudando a planificar servicios y a detectar problemas en el sistema.

Es esencial la participación activa de las personas en su propia atención. Las enfermeras y las matronas pueden hacer un trabajo vital para promover la auto responsabilidad de la gente. No deberían meramente trabajar para la gente, sino que deberían trabajar con la gente ayudándoles a que se ayuden a sí mismos.

Proveedores de la Atención Primaria de Salud

¿Quién proporcionará la atención primaria de salud y cómo trabajarán juntos los que la proporcionan? Los

sistemas de atención primaria de salud deberían basarse en la cooperación y en el trabajo en equipo de los profesionales de la salud, los individuos, las familias y los grupos de la comunidad (objetivo 29).

La gente debería ayudar a proporcionar la atención primaria de salud; ya lo hacen en muchas pequeñas dolencias y en algunas de mayor importancia. Todos los profesionales de la salud deberían reconocer el valor de tales cuidados y deberían escuchar los puntos de vista del paciente sobre sus necesidades. Las enfermeras y las matronas deberían investigar sobre la validez de estas formas de cuidado no profesionales. El objetivo es atacar los problemas de salud con la potente combinación de los conocimientos profesionales y los esfuerzos de auto ayuda de los individuos, familias y grupos de la comunidad.

Al igual que el trabajo en equipo con las personas, es esencial la cooperación entre los profesionales de la salud. Todos los profesionales de la salud deberían estar abiertos y preparados para cambiar sus actitudes, sus métodos de trabajo y por tanto su formación. La educación básica y la formación continuada de las enfermeras y las matronas, deberían formarlas para que fueran asociados y no subordinados en el equipo de salud. También la educación de los médicos planificada con ayuda de personal con experiencia de disciplinas como Enfermería y Sociología, deberían incluir enseñanzas prácticas de las técnicas de trabajo en equipo y de la atención primaria.

Especialmente importante para la ampliación del papel de la enfermería en su trabajo en equipo con la población es la investigación y la formación (objetivos 32 y 36), para determinar qué profesionales sanitarios y qué servicios deben trabajar con la población. Los profesionales de la salud deberían ampliar su punto de vista desde un enfoque de los problemas de salud del individuo hasta ver a la persona en su totalidad, dentro de un entorno social económico y físico que promueve o amenaza su salud.

Recursos comunitarios para la Atención Primaria de Salud

Los recursos comunitarios de otros sectores no sanitarios deberían organizarse para que trabajen en pro de Salud para todos. Puesto que la salud es un asunto de todos, en cada comunidad deberían establecerse programas bien integrados, basados en la comuni-

dad, que combinarán todos los aspectos de la atención primaria de salud (objetivo 30). Todos los sectores, al planificar, deberían incluir su preocupación por la salud, y los profesionales de la salud podrían hacer un trabajo valioso valorando problemas económicos y ambientales con repercusiones sanitarias, abogando ante quien planifica y toma decisiones por las necesidades de la población y la de sus miembros más vulnerables.

Calidad de la Atención

La parte final de una atención adecuada es el control de calidad. Todos los estados miembros deberían establecer vías para garantizar la calidad de la atención al paciente (objetivo 31). Las enfermeras y las matronas deberían participar en la evaluación de la atención, y todos los profesionales de salud deberían hacer de esto una parte de su trabajo habitual. Una vez más se requiere una visión más amplia. La eficacia, seguridad, eficiencia y la adecuación de la atención, junto con la aceptación de éstos por parte de los enfermos y la comunidad, tiene que ser, por lo menos, tan importante como la cantidad y sofisticación del equipo de fármacos usados.

Las enfermeras y las matronas tienen que implicar a los pacientes en las decisiones relativas a su cuidado y deben ayudarles a adoptar una decisión informada, dándoles la información necesaria; esto es una forma de proporcionar un cuidado de más calidad y más humanizado. Los criterios para un cuidado de alta calidad no se han desarrollado completamente. ¿Esperan las enfermeras y las matronas que se les entreguen unos estándares de actuación procedentes de otras disciplinas, o bien desarrollarán y aplicarán los suyos?

III. Apoyo para el desarrollo de la salud

Objetivos 32-38

Los últimos siete objetivos se ocupan de los tipos de apoyo que se necesitan para alcanzar estilos de vida sanos, un ambiente saludable y una atención adecuada. Todo esto debería lograrse antes de 1990.

El objetivo 32 se ocupa de la necesidad de la **investigación** como apoyo a la «Salud para todos». Las enfermeras y las matronas deben investigar para

proporcionar este apoyo y beneficiar a sus profesiones. La investigación se ha mencionado ya como una parte importante de los objetivos 24 y 25 (hogares y lugares de trabajo saludables) y del objetivo 28 (el contenido de la atención primaria de la salud). Se necesitan conocimientos para apoyar la «Salud para todos» en seis áreas:

- descripciones de la salud de la población
- factores biológicos que determinan la salud
- efectos de los estilos de vida sobre la salud
- efectos del ambiente (y de los requisitos para la salud), sobre la salud
- cómo prestar una atención adecuada; y
- mejoras en la formulación de políticas, en la planificación y en la gestión de «Salud para todos».

A causa de su trabajo en la comunidad las enfermeras y las matronas están bien situadas para guiar buena parte de esta investigación, y poseen también una riqueza de conocimientos profesionales y experiencia para contribuir. La investigación no es sólo aconsejable, sino esencial si las enfermeras y las matronas han de desarrollar su identidad profesional y sus contribuciones específicas para el logro de «Salud para todos» para proporcionarles la necesaria capacitación investigadora, enfermeras y matronas necesitan formación superior. Respecto a esto, deberá tenerse en cuenta los desafíos del tiempo, de dinero y los sesgos.

El objetivo 33 trata de la necesidad de que existan políticas nacionales de Salud para todos en cada estado miembro, respaldadas con leyes y normas. Cada país debería tener también procesos de gestión relativos a Salud para todos, implicando a las comunidades y a otros sectores, destinando recursos suficientes para el desarrollo de la salud (objetivo 34). Son necesarios también sistemas de información de salud que apoyen las estrategias nacionales para Salud para todos (objetivo 35). Las enfermeras y las matronas deberían hacer algo más que llevar a la práctica las estrategias de salud; deberían trabajar también en planificarlas. Esto se ha hecho ya en algunos países por medio de programas de colaboración con la Unidad de Enfermería de la Oficina Regional para Europa de la OMS.

El papel cada vez más importante del personal de enfermería dentro de Salud para todos requiere nuevas perspectivas y capacitaciones, junto con el



uso de las tradicionales en nuevos escenarios. La educación es la clave para una atención adecuada y para el futuro de las enfermeras y de las matronas. El objetivo 36 se ocupa de la planificación de la formación y del uso del personal, de acuerdo con las políticas de Salud para todos, poniendo énfasis en la atención primaria de salud. Todos los profesionales de la salud deberían estar adiestrados en el trabajo en equipo en comunicación y en las técnicas de atención primaria de salud, pero las enfermeras y las matronas deberían desarrollar también nuevas habilidades en valoración, planificación, toma de decisiones, investigación, y epidemiología.

Las enfermeras y las matronas deberían adoptar una definición más amplia de la salud y reconocer las ventajas y oportunidades de la «Salud para todos» y de la atención primaria de salud. Después, deberían tener la formación que necesitan como participantes en el movimiento de Salud para todos. La elección debe de estar al alcance para aquellas enfermeras que deseen obtener educación superior en **Enfermería** a nivel universitario. Cada disciplina debe crear su cuadro de líderes, de investigadores, de administradores y de asistenciales. Esto es cierto también para la Enfermería y la Partería. Las enfermeras y las matronas que están luchando para mantener su tradicional autonomía, deberían tener una formación que promueva la independencia que necesitarán en el futuro. Esta formación debería apoyarse en una legislación adecuada para así poder ejercer lo aprendido.

El objetivo 37 trata de la formación de las personas que trabajan en sectores relevantes para la salud, para captar su apoyo y su trabajo para «Salud para todos». Igual que éstos debería fomentarse el trabajo en equipo entre los profesionales de salud, implicándose en la planificación de la formación de los médicos, los profesionales de la enfermería deberían promover la cooperación multisectorial implicándose

en la educación de personas de otros sectores.

El último de los objetivos regionales de Salud para todos se ocupa del uso adecuado de la tecnología (objetivo 38). Los estados miembros deberían establecer métodos sistemáticos para valorar la tecnología sanitaria, debería valorarse la eficacia, la seguridad, la eficiencia y la aceptación y deberían tenerse en cuenta la política nacional y las restricciones económicas. Este objetivo está estrechamente ligado al 31 (la calidad de la atención) ya que proporcionar la mejor atención no significa necesariamente utilizar máquinas complicadas. Algunos miembros del personal de enfermería están ya implicados en las pruebas y en la evaluación de la tecnología en los hospitales, pero deberían ayudar a determinar también el uso adecuado de tecnología en la atención primaria de la salud. Las enfermeras y las matronas deberían ayudar a valorar las necesidades de equipamiento en el hogar, a fin de evitar el mero traslado del hospital al domicilio.

CONCLUSION

La política regional de Salud para todos y los Objetivos claros para lograrla pueden constituir un legado valioso para el futuro. La Región Europea tiene las personas, los conocimientos y los recursos necesarios para alcanzar los objetivos que se han fijado: ahora la principal necesidad es la voluntad de usar estos valores más eficazmente para solucionar los problemas de salud.

Hoy día es incierto el futuro de la Enfermería y de la Partería. No obstante, la estrategia regional y los Objetivos de Salud para todos ofrecen a las enfermeras y a las matronas una oportunidad para que ellas mismas configuren un destino apasionante, trabajando en Salud para todos.

¿Qué elegirán hacer?

LOS 38

OBJETIVOS PARA

EUROPA

S/2000

IGUALDAD ANTE LA SALUD

OBJETIVO: Reducir las diferencias.

**I. SALUD PARA TODOS EN
EUROPA EN EL AÑO
2000**

1

De aquí al año 2000, se debería conseguir una reducción efectiva del 25 por 100 en las diferencias en el estado sanitario entre los países y entre los grupos. En el interior de cada país deberían ser reducidas al menos un 25 por 100, gracias a una mejora de la salud de las naciones y de los grupos menos favorecidos.

Este objetivo es realizable con cuatro condiciones: asegurar a todos las condiciones previas fundamentales para la salud; reducir los riesgos asociados al estilo de vida; mejorar los aspectos sanitarios de las condiciones de vida y de trabajo; proporcionar acceso a toda la población a la Atención Primaria de Salud.

OBJETIVOS 1 - 12

AÑADIR VIDA A LOS AÑOS

OBJETIVO: Desarrollo del potencial de salud.

2

De aquí al año 2000, todos deberían tener la posibilidad fundamental de desarrollar y utilizar su potencial de salud para llevar una vida social y económicamente satisfactoria.

Este objetivo podría alcanzarse si las políticas de salud de los estados miembros proporcionaran un cuadro de realización, ejecución y vigilancia continua de programas que aseguraran las condiciones medio ambientales, el apoyo social y los servicios requeridos para desarrollar y usar el potencial sanitario de cada persona.

OBJETIVO: Mejorar las condiciones de las personas inválidas.

3

De aquí al año 2000, las personas que padecen incapacidad deberían tener los medios físicos, sociales y económicos que les permitan, al menos, llevar una vida social y económicamente creadora.

Este fin podrá acometerse si las sociedades adoptan actitudes positivas hacia las personas inválidas y realizan acciones destinadas a ofrecerles las posibilidades físicas, sociales y económicas deseadas, a fin de que puedan desarrollar sus aptitudes y llevar una vida sana.

OBJETIVO: Reducir la morbilidad y la incapacidad.

4

De aquí al año 2000, la duración media de vida, en la cual las personas vivan exentas de enfermedades o grandes incapacidades, deberá ser aumentada al menos en un 10 por 100.

Este objetivo podría ser alcanzado: si, por ejemplo, se instaurasen programas globales de prevención primaria de accidentes y actos de violencia, de enfermedades cardiovasculares, de cánceres relacionados con el estilo de vida, de enfermedades profesionales, de trastornos psiquiátricos, de alcoholismo y de toxicomanías y se ofrecieran a todos, los servicios adecuados para tratamientos curativos y de readaptación; si se explotasen sistemáticamente los conocimientos actuales en materia de prevención de las enfermedades infecciosas, si se ampliasen las facilidades a los servicios de consejo genético, si se intensificasen las investigaciones sobre los trastornos neurológicos, las alteraciones del sistema óseo articular y las enfermedades del aparato muscular que tengan efectos incapacitadores, si se pusiesen en marcha medidas preventivas en salud bucodental.

OBJETIVO: Eliminación de determinadas enfermedades.

5

De aquí al año 2000, no deberían existir en la región casos de sarampión, poliomielitis, tétanos del recién nacido, rubeola congénita, difteria, sífilis autóctona o paludismo.

Sería posible alcanzar este objetivo por medio de un sistema bien organizado de Atención Primaria de Salud que asegure una vigilancia epidemiológica eficaz, una cobertura suficiente de vacunaciones, una lucha enérgica contra el paludismo, la educación de las personas contra el riesgo de la sífilis y el examen médico, y, en caso de necesidad, el tratamiento de las mujeres embarazadas.

OBJETIVO: Esperanza de vida al nacer.

6

De aquí al año 2000, la esperanza de vida al nacer debería llegar al menos a 75 años en el conjunto de la región.

Este objetivo podría alcanzarse si, de aquí al año 2000, la esperanza de vida no es inferior a 65 años en ningún país de la región, ni en ningún grupo socio-económico del interior de un mismo país, si la esperanza de vida ha sobrepasado los 75 años de aquí al año 2000 en los países en donde el nivel de 65 había sido alcanzado en 1980; si de aquí al año 2000, todos los países han logrado reducir al menos el 25 por 100 de las diferencias existentes de la esperanza de vida entre zonas geográficas, grupo socio-económicos y sexos.

OBJETIVO: Mortalidad infantil.

7

De aquí al año 2000, la mortalidad infantil debería ser reducida al menos de 20 por 1.000 nacidos vivos en la región.

Este objetivo podría ser alcanzado si, de aquí al año 2000, la mortalidad infantil no es superior al 40 por 100 de los nacidos vivos en ningún país de la Región, ni en ningún grupo socio-económico en el interior de un mismo país; si la tasa desciende por debajo del 15 por 100 en los países en donde se fijaba ya por debajo del nivel considerado en 1980; si todos los países se esfuerzan en reducir notablemente las disparidades entre regiones geográficas y grupos socio-económicos.

OBJETIVO: Mortalidad materna.

8

De aquí al año 2000, la mortalidad materna en la región debería ser reducida a menos de 15 por 100.000 nacidos vivos.

Este objetivo podría ser alcanzado: si de aquí al año 2000 la mortalidad no sobrepasa el 25 por 100.000 nacidos vivos en ningún país de la Región, ni en ningún grupo socio-económico en el interior de un mismo país; si de aquí al año 2000 la tasa desciende por debajo de 10 en los países que habían llegado a 25 en 1980; si todos los países logran reducir las disparidades más sangrantes entre las zonas geográficas y grupos socio-económicos.

OBJETIVO: Enfermedades del aparato circulatorio.

9

De aquí al año 2000, la mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio en los individuos de menos de 65 años debería ser reducida al menos en un 15 por 100 en la región.

Sería posible alcanzar este objetivo asociando métodos preventivos y curativos destinados a modificar la tendencia en los países en los que la mortalidad por cardiopatía isquémica es estacionaria o en aumentar y acelerarla en los países en los que está en disminución, con el fin de favorecer la regresión de la mortalidad por accidentes vasculares cerebrales que se producen actualmente en todos los países.

OBJETIVO: Cáncer.

10

De aquí al año 2000, la mortalidad por cáncer en individuos de menos de 65 años debería ser reducida al menos en un 15 por 100 en la región.

Este objetivo es realizable si se llegan a reducir los cánceres relacionados con el tabaco, haciendo retroceder considerablemente el uso del cigarrillo y el cáncer de cuello uterino, poniendo en marcha programas de detección apropiados; si se aplican correctamente a todos los individuos afectados de cáncer métodos actuales de diagnóstico precoz, de tratamiento y readaptación.

OBJETIVO: Accidentes.

11

De aquí al año 2000, la frecuencia de los accidentes debería ser reducida al menos en un 25 por 100 en la región, gracias a un gran esfuerzo de lucha contra los accidentes de circulación en carretera, los accidentes domésticos y los accidentes de trabajo.

La realización de este objetivo está subordinado a ciertas condiciones: que, de aquí al año 2000, la mortalidad por accidentes de carretera no sea superior a 20 por 100.000 en ningún país de la Región; que esta tasa se lleve por debajo de 15 en los países en donde ya es inferior a 20 por 100.000; que todos los países hayan reducido las disparidades entre sexos, edades y grupos socio-económicos; que la mortalidad por accidentes sea reducida al menos en un 50 por 100; sería necesario, finalmente, que la mortalidad por accidentes domésticos haya sido notablemente reducida.

OBJETIVO: Suicidio.

12

De aquí al año 2000, la tendencia actual creciente de suicidios y de tentativas de suicidio en la región debería ser invertida.

La realización de este objetivo está subordinada a tres condiciones: reducir suficientemente los factores sociales que agobian al individuo, tales como el paro y el aislamiento social; reforzar mediante acciones educativas y apoyo social la capacidad del individuo para afrontar los problemas existenciales; actuar de tal manera que se preparase mejor al personal de servicios de salud y de los servicios sociales para proteger a las personas de alto riesgo.

II. CAMBIOS NECESARIOS PARA LA SALUD PARA TODOS

OBJETIVOS 13 - 31

ESTILOS DE VIDA QUE LLEVAN A LA SALUD

OBJETIVO: Política pública de acuerdo con los imperativos de la salud.

13

De aquí a 1990, la política nacional de todos los estados miembros deberá ser tal que los mecanismos legislativos, administrativos y económicos aseguren un amplio apoyo de todos los sectores implicados y los recursos suficientes para la promoción de estilos de vida sanos y que tenga, a todos los niveles, una participación eficaz por parte de la población en la elaboración de esta política sobre la salud.

La realización de este objetivo podrá verse considerablemente favorecida por una planificación sanitaria adecuada que cubra, a nivel ministerial, el vasto campo de problemas intersectoriales que afectan al estilo de vida y a la salud, por la valoración periódica de la política en vigor relativa a la salud y por la creación de un mecanismo eficaz que implique al pueblo en la elaboración y el desarrollo de la política.

OBJETIVO: Sistemas de apoyo social.

14

De aquí a 1990, todos los estados miembros deberán haber puesto en práctica programas que valoren los cometidos principales de la familia y de otros grupos sociales en el desarrollo y en el fortalecimiento de estilos de vida sana.

La realización de este objetivo podría ser notablemente facilitado por la creación de estrechas articulaciones intersectoriales entre programas de salud y programas de protección social, ante todo a nivel local, y por la movilización de fondos en beneficio de proyectos que favorezcan acciones conjuntas, a nivel de la colectividad.

OBJETIVO: Proporcionar conocimientos y motivaciones necesarias para un comportamiento saludable.

15

De aquí a 1990, todos los estados miembros deberán contar con programas educativos que proporcionen a la población los conocimientos, las posibilidades y las motivaciones necesarias para adquirir y mantener la salud.

La realización de este propósito se favorecería con la puesta en marcha de una infraestructura adecuada y eficaz y la movilización de fondos suficientes para realizar programas educativos de salud a todos los niveles.

OBJETIVO: Promover un comportamiento saludable.

16

De aquí a 1995, todos los estados miembros deberán haber realizado progresos notables en temas relacionados con los comportamientos favorables a la salud: alimentación equilibrada, no fumar, ejercicio físico suficiente y dominio del «stress».

Este objetivo puede conseguirse si cada estado, por su parte, se fija una finalidad clara en estos aspectos. Por ejemplo, elevar al 80 por 100 la parte de la población que no fuma y reducir en un 50 por 100 el consumo nacional del tabaco. Por otro lado, la OMS y otros organismos internacionales pueden favorecer la promoción de la salud, acentuando con mayor intensidad los valores sanitarios fundamentales.

OBJETIVO: Comportamientos perjudiciales para la salud.

17

De aquí a 1995, deberá producirse en todos los estados miembros un retroceso sensible en las actitudes perjudiciales para la salud: abuso del alcohol y de productos farmacéuticos, consumo de drogas ilícitas y de sustancias químicas peligrosas, conducción peligrosa de vehículos a motor y comportamiento social violento.

La realización de este objetivo se facilitará notablemente mediante la realización de planes integrados que tienden a reducir, al menos en un 25 por 100, de aquí al año 2000, el consumo de alcohol y de otras sustancias nocivas.

POLITICAS PARA UN MEDIO AMBIENTE SALUDABLE

OBJETIVO: Colaboración multisectorial.

18

De aquí al año 1990, los estados miembros deberán contar con una política multisectorial que proteja eficazmente el medio ambiente humano de los factores de riesgo para la salud, que sensibilice a la colectividad y garantice su participación, y apoye eficazmente los esfuerzos internacionales para combatir estos riesgos cuando afecten a varios países.

La realización de este objetivo necesita fundamentarse en los puntos siguientes: la aceptación por todos los gobiernos de la necesidad de esfuerzos multisectoriales bien coordinados en los niveles central, regional y local, para hacer que los aspectos de salud humana sean considerados como condiciones fundamentales en el desarrollo socioeconómico, comprendida la introducción de nuevas formas de tecnología, el establecimiento de mecanismos destinados a sensibilizar a la colectividad y a hacer partícipes a aquellos más activamente implicados en las cuestiones ambientales que tengan posibles vinculaciones para la salud humana; y la elaboración de acuerdos internacionales para una limitación eficaz de los peligros ambientales más allá de las fronteras.

VIGILANCIA, EVALUACION Y CONTROL

OBJETIVO: Mecanismos de vigilancia y control.

19

De aquí a 1990, los estados miembros deberán tener un mecanismo eficaz para la vigilancia, evaluación y reducción de los riesgos relacionados con el medio ambiente que constituyen una amenaza para la salud humana, en los que están comprendidas las sustancias químicas potencialmente tóxicas, las radiaciones, los productos de consumo peligroso y los agentes biológicos.

La realización de este objetivo exige la creación de programas de vigilancia bien coordinados que comprendan fines claramente definidos, la elaboración de metodologías y de criterios de salud para la evaluación de datos en el cuadro de los procedimientos de control, la concesión de créditos suficientes para las medidas de control, su introducción y aplicación y, en fin, la formación y empleo de efectivos a la conservación del medio ambiente.

OBJETIVO: Control de la contaminación del agua.

20

De aquí a 1990, todas las poblaciones de la región deberán disponer de cantidades suficientes de agua potable y, de aquí a 1995, la contaminación de los ríos, de lagos y de mares no deberán constituir una amenaza para la salud humana.

Para conseguir estos objetivos será necesario que, en los países menos desarrollados de la Región, se efectúe un aumento de las inversiones dedicadas a la construcción y el mantenimiento de redes de agua potable para la alimentación, que exista una movilización de la asistencia internacional y bilateral para fortalecer los recursos nacionales, y una formación y utilización de efectivos suficientes en personal adecuado. En todos los países de la Región se deberán adoptar las medidas legislativas, administrativas y técnicas para vigilancia y control de la contaminación de las aguas superficiales y de las subterráneas, a fin de cumplir los criterios de protección de la salud pública.

OBJETIVO: Control de la contaminación del aire.

21

De aquí a 1990, todas las poblaciones de la región deberán ser protegidas eficazmente de los riesgos contra la salud relacionados con la contaminación del aire.

Para conseguir este objetivo, habrá que adoptar medidas legislativas, administrativas y técnicas eficaces para la vigilancia y reducción de la contaminación del aire exterior e interior que respondan a los criterios de protección de la salud humana.

OBJETIVO: Seguridad de los alimentos.

22

De aquí a 1990, los estados miembros deberán reducir sensiblemente los riesgos relacionados con la contaminación de los alimentos y poner en acción medidas para proteger a los consumidores de los aditivos nocivos.

La realización de este objetivo exigirá: adopción de medidas legislativas, administrativas y técnicas eficaces para la vigilancia y la disminución de la contaminación alimentaria en todas las fases de la producción, distribución, almacenamiento, renta y uso; y el establecimiento de medidas para controlar el uso de aditivos alimentarios nocivos.

OBJETIVO: Control de los residuos peligrosos.

23

De aquí a 1995, todos los estados miembros deberán suprimir los riesgos principales para la salud relacionados con la eliminación de los residuos peligrosos.

Para realizar este objetivo, será necesario: la adopción de medidas legislativas, administrativas y técnicas eficaces para el control y la vigilancia de los residuos peligrosos; adopción de medidas eficaces para eliminar los riesgos para la salud debidos a los residuos ya descargados.

MEJORAS DE LAS CONDICIONES DEL MEDIO AMBIENTE

OBJETIVO: Colectividades humanas y viviendas.

24

De aquí al año 2000 todas las poblaciones de la región deberán disponer de mejores condiciones de vida dentro de un hábitat individual y colectivo que les ofrezca un medio ambiente sano y seguro.

La realización de este objetivo precisará de las siguientes medidas: aceleración de los programas de construcción y mejora de las viviendas que permita reemplazar a las que estén por debajo de la normativa vigente y reducir el hacinamiento; elaboración, aunque no existan aún, de criterios sanitarios internacionales que sean aplicables a los aspectos públicos del hábitat, tales como espacio, calefacción, iluminación, eliminación de desechos, lucha contra el ruido y seguridad; por otra parte, habrá que tener en cuenta las necesidades particulares de grupos como familias jóvenes, personas mayores e inválidos y se deberán adoptar medidas administrativas, legislativas y técnicas para hacer posible estos criterios; mejora de los planes urbanísticos con el fin de favorecer la salud y el bienestar humano; garantizar la seguridad de la circulación, conservación de los espacios libres y de las zonas recreativas, facilitar contactos y relaciones entre personas; instalación en todas las viviendas de servicios sanitarios apropiados y, en las agrupaciones humanas de importancia, de una red de alcantarillado y de un sistema eficaz de limpieza de desechos.

OBJETIVO: Medio ambiente de trabajo.

25

De aquí al año 1995, las poblaciones de la región deberían estar eficazmente protegidas contra los peligros que acechan a la salud en su relación con el trabajo.

La puesta en práctica de este objetivo se basaría en los siguientes puntos: creación de servicios de higiene en el trabajo que respondieran a las necesidades de todos los trabajadores; elaboración de criterios sanitarios de protección de los trabajadores de los riesgos biológicos, químicos y físicos; puesta en práctica de medidas técnicas y educativas para reducir los efectos de los factores de riesgo relacionados con el trabajo; protección de los trabajadores que sean especialmente vulnerables.

LA CORRECTA UTILIZACION DE LAS PRESTACIONES Y PRIORIDADES DE UN SISTEMA DE ATENCIÓN SANITARIA

OBJETIVO: Sistema de cuidados basados en la atención primaria de salud.

26

De aquí a 1990, todos los estados miembros deberán tener establecido, gracias a una colaboración efectiva de la colectividad, sistemas basados en atención primaria, apoyados por otras atenciones secundarias y terciarias, de conformidad con los principios establecidos en la conferencia de Alma-Ata.

Podría alcanzarse este objetivo con las siguientes acciones: toma de posición sin ambigüedades de las autoridades nacionales, al más alto nivel, y de los dirigentes a todos los niveles dentro del sector sanitario, apoyados en una legislación, unos reglamentos y unos planes eficaces que hagan de la atención primaria la base del sistema; los niveles secundarios y terciarios cumplirían un papel de apoyo y se limitarían a las funciones de diagnóstico o terapéuticas demasiado especializadas para ser ejecutadas a nivel de asistencia primaria; establecimiento de medios eficaces, de tal suerte que las necesidades y los intereses de los usuarios sean tenidos en cuenta para la planificación y prestación de servicios primarios; libre discusión de todos los grupos de personal sanitario, respaldando las modificaciones apropiadas de carácter político a los dirigentes para conseguir que suscriban estas decisiones. Estas medidas deberán estar de acuerdo con las disposiciones constitucionales de cada estado miembro.

OBJETIVO: Distribución racional y preferencial de los recursos.

27

De aquí a 1990, en todos los estados miembros, las infraestructuras de los sistemas de prestación de servicios sanitarios deberán organizarse de manera que los recursos sean distribuidos según las necesidades y que los servicios sean física y económicamente accesibles y culturalmente aceptables para todas las personas.

Será posible atender a este objetivo asociando, por una parte, las más variadas medidas de incitación y planificación, concebidas de manera que tengan por efecto dirigir los recursos de cuidados necesarios hacia los servicios de atención primaria de salud, de manera que aseguren que el reparto de las atenciones corresponda a las necesidades de la población y, por otra parte, integrar progresivamente los recursos hospitalarios en un sistema que asegure una distribución regionalizada de los cuidados secundarios y terciarios de acuerdo con las necesidades de la población.

CARACTERISTICAS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

OBJETIVO: Contenido de las prestaciones sanitarias en la atención primaria.

28

De aquí a 1990, el sistema de atención primaria de todos los estados miembros debería garantizar una extensa gama de servicios de promoción de la salud; de cuidados curativos, de rehabilitación y de apoyo con el fin de responder a las necesidades sanitarias esenciales de las poblaciones, referidas especialmente a los individuos y a los grupos con un alto riesgo, vulnerables y con malos servicios.

Para realizar este objetivo, será preciso formular planes y programas bien definidos en todos los estados miembros, que detallen todas las posibilidades que el sistema de atención primaria debe ofrecer, partiendo de la base de que la mayoría de los servicios preventivos de diagnóstico, de tratamientos curativos y de prestaciones deben de ser prestados fuera de los hospitales y en otros marcos institucionales; modificar los programas de educación de base y de formación continua del personal de sanidad para comprometerles a apoyar activamente una política determinada, revisar los sistemas de planificación, de orientación de recursos y de incitación, a fin de que apoyen estos programas.

OBJETIVO: Personal para atención primaria de salud.

29

De aquí a 1990, en todos los estados miembros los sistemas de atención primaria deberán fundamentarse en la cooperación y el trabajo en equipo del personal de atención primaria, individuos, familia y grupos de la colectividad.

Se podría alcanzar este objetivo gracias a: diseñar programas claros que definan el cometido que corresponde a las diferentes categorías de personal socio-sanitario en los servicios de salud; programas de formación de base especializada y permanente con la suficiente concienciación para hacer un trabajo de equipo interprofesional y que esté dispuesto a cooperar con las familias, los grupos y las comunidades; programas de educación sanitaria que proporcionen un marco realista de los servicios que pueden ser atendidos por los profesionales de la sanidad y que, al mismo tiempo, ayuden a promocionar la actividad de los no profesionales en este sector.

OBJETIVO: Coordinación de los recursos de la colectividad para cuidar de la atención primaria.

30

De aquí a 1990, todos los estados miembros deberán estar dotados de mecanismos que coordinen los servicios de todos los sectores relacionados con la salud, a nivel de la colectividad y dentro de un sistema de atención primaria de salud.

Será posible alcanzar este objetivo: reconociendo al sector primario la responsabilidad de determinar qué cuestiones requieren una atención especial, las modificaciones y reestructuraciones necesarias y coordinar todos los esfuerzos en favor de estas direcciones; establecer en cada colectividad una estructura permanente como, por ejemplo, un consejo de salud, en el que los representantes de la colectividad, los sectores sanitarios y otros varios, puedan analizar, conjuntamente, los planes de salud locales y determinar las contribuciones que cada sector deberá aportar al mejoramiento de la salud en la colectividad. Dentro de estas medidas, deberán tenerse en cuenta las disposiciones constitucionales de cada estado miembro.

CALIDAD DE LOS SERVICIOS

OBJETIVO: Asegurar la calidad de los servicios.

31

De aquí a 1990, todos los estados miembros deberán haber creado mecanismos eficaces que aseguren la calidad de las atenciones a los enfermos en el marco de sus sistemas de prestaciones sanitarias.

Se podrá atender este objetivo si se establecen métodos de vigilancia, continua y sistemática, para determinar la calidad de los cuidados prestados a los enfermos, convirtiendo las actividades de evaluación y control en una preocupación constante de las actividades habituales de los profesionales sanitarios y, finalmente, impartiendo a todo el personal sanitario una formación que asegure y amplie sus conocimientos.

y programas de salud; eliminar los vacíos que puedan existir en los conocimientos que sean necesarios en apoyo de la estrategia de la salud para todos y fijar las prioridades de investigación; asegurar la representación equilibrada de todas las disciplinas universitarias que tengan relación con la salud, de los profesionales sanitarios y de los beneficiarios de los servicios de salud, así como de los responsables de la elaboración de políticas de planificación y de la coordinación de la investigación, al objeto de conseguir el objetivo de salud para todos y actuar de forma que los investigadores contribuyan activamente al desarrollo de las acciones en ejecución; estimular la investigación multidisciplinaria pertinente y proporcionar los recursos necesarios para su desarrollo. Finalmente, se deberá dar apoyo a aquellas materias que no hayan recibido la ayuda que merecen.

III. APOYO PARA EL DESARROLLO DE LA SALUD

OBJETIVOS 32 - 38

LA INVESTIGACION PARA ALCANZAR EL OBJETIVO DE SALUD PARA TODOS

OBJETIVO: Estrategias para la investigación.

32

Antes de 1992, todos los estados miembros deberán formular una estrategia de investigación que tienda a fomentar los estudios que permitan desarrollar y utilizar los conocimientos que necesitan en su lucha en favor de la salud para todos.

Se podría alcanzar este objetivo si los estados miembros se dotaran de los mecanismos necesarios para: asegurar la aplicación efectiva de nuevos conocimientos en la elaboración de políticas

APOYO AL DESARROLLO SANITARIO FORMULACION DE LA POLITICA SANITARIA

OBJETIVO: Planes de salud para todos.

33

Antes de 1990, todos los estados miembros deberán actuar de manera que sus estrategias y planes sanitarios estén de acuerdo con los principios de la salud para todos y que sus textos legislativos y reglamentarios se apliquen en todos los sectores de la sociedad.

Se podrá realizar este objetivo, si todos los países proceden a examinar sistemáticamente sus programas sanitarios y la legislación dentro de la óptica de la estrategia y de los objetivos regionales de Salud para todos, modificando o reforzando su legislación sanitaria. Se deberán tener en cuenta las condiciones políticas, legales y estructuras de cada estado miembro.

PROCESO DE GESTION

OBJETIVO: Planificación y asignación de recursos.

34

Antes de 1990, los estados miembros deberán estar dotados de procesos de gestión para el desarrollo sanitario, basados en la realización de la salud para todos; que impliquen el compromiso activo de las colectividades y de todos los sectores interesados en la sanidad y, a este fin, promoviendo una afectación preferencial de los recursos a aquellos aspectos prioritarios del desarrollo sanitario.

Este proceso deberá cubrir la planificación, la vigilancia y la evaluación sistemática de las acciones de la salud para todos, teniendo en cuenta las condiciones legales, políticas y estructuras de cada estado miembro.

OBJETIVO: Sistemas de información sanitaria.

35

Antes de 1990, los estados miembros deberán ser dotados de sistemas de información sanitaria capaces de apoyar sus estrategias nacionales de salud para todos.

Estos sistemas de información tendrán por objeto apoyar la planificación, la vigilancia continua y la evaluación de las acciones y los servicios de desarrollo sanitario, la evaluación de los progresos realizados a nivel regional, nacional y mundial relativos a la salud para todos y difundir los informes técnicos pertinentes; tendrán, por otra parte, la obligación de facilitar información sanitaria que sea fácilmente accesible al público.

DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS

OBJETIVO: Planificación, educación y utilización del personal sanitario.

36

Antes de 1990, en todos los estados miembros, la planificación, la formación y la utilización del personal sanitario deberá estar en armonía con los planes de la salud para todos y destacar la aproximación hacia los cuidados primarios de salud.

Este objetivo se podrá alcanzar si todos los países tienen conciencia de cuáles son sus necesidades en las diferentes categorías de personal sanitario, para poner en práctica los planes de Salud para todos, adoptar la política apropiada de personal y definir los efectivos y los niveles de formación que son necesarios.

OBJETIVO: Educación del personal de otros sectores.

37

Antes de 1990, en todos los estados miembros, los programas educativos deberán facilitar al personal de los sectores interesados en la sanidad una información adecuada de los planes y programas del país, en relación con el objetivo de la salud para todos, así como de su aplicación práctica.

Este objetivo será realizable si se llega al convencimiento de que la protección de la salud debe ser también una preocupación para otros sectores distintos al de la salud y si los programas de formación de personal dirigidos a estos sectores ponen claramente de manifiesto las razones que existen para apoyar las acciones de la salud para todos.

EVALUACIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA SANIDAD

OBJETIVO: Uso adecuado de la tecnología sanitaria

38

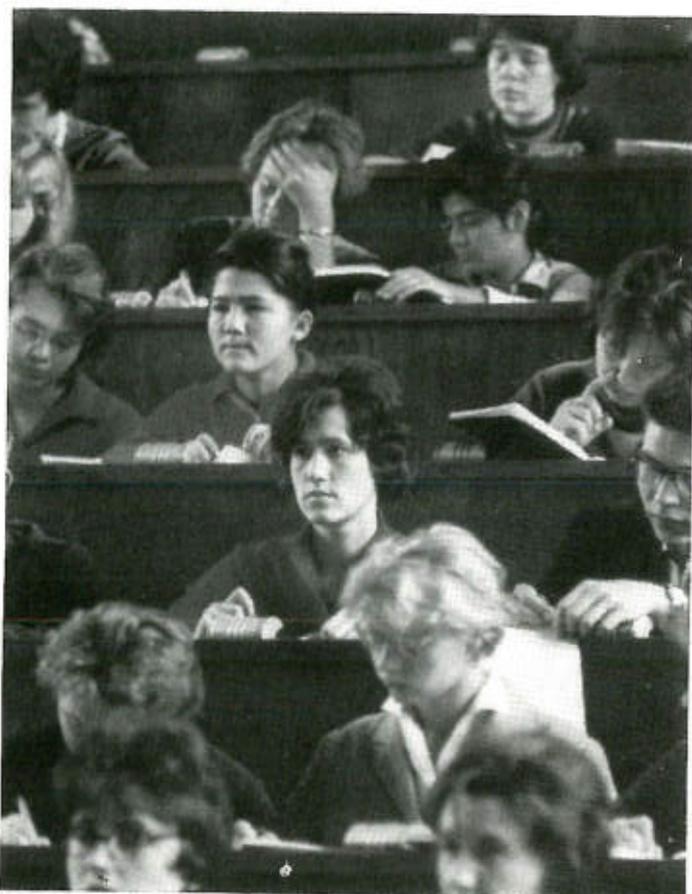
Antes de 1990, todos los estados miembros, deberán establecer un mecanismo oficial de valoración sistemática del adecuado uso de las tecnologías sanitarias, de su eficacia práctica y económica, de su seguridad y aceptabilidad, así como de la medida en que responden a los programas sanitarios y a las restricciones económicas nacionales.

Este objetivo se podría alcanzar si los Gobiernos adoptan una política nítida en la evaluación sistemática y exhaustiva de los nuevos dispositivos técnicos del sector sanitario destinados a ser aplicados, una vez adaptados a las características de los países y si se ha puesto en marcha un sistema internacional de intercambio de información sobre este tema.



INFORMACION GENERAL SOBRE EL FORO PROVINCIAL ORGANIZADO POR EL COLEGIO DE A.T.S. D.E. DE SEVILLA

- **FECHA:** Días 19 y 20 de Octubre.
- **HORARIO:** Mañana y tarde, de 9 a 14 y de 16 a 20 horas.
- **NUMERO DE PARTICIPANTES:** 40. Se formarán cinco grupos de ocho personas, una de las cuales actuará como coordinadora de cada grupo.
- El foro se desarrollará en los Locales del Colegio y la inscripción será gratuita.
- En caso de haber mayor demanda se harían foros sucesivos teniendo en cuenta a las personas preinscritas.
- Para la selección se respetará la proporcionalidad de los diferentes lugares de trabajo (medio hospitalario, atención primaria, rurales, especialistas, etc.).
- Se entregará un **Diploma de asistencia**.
- La única condición —que será excluyente— para poder participar en Foro (ya que la propia dinámica de grupo y la metodología de trabajo así lo requiere), es la exigencia de conocer todos los seleccionados, **los objetivos y documentación** enviados a través de este *Suplemento*, la Revista monográfica del Consejo o de cualquier otro medio de difusión.



Todos aquellos interesados en participar con arreglo a lo expuesto anteriormente deberán rellenar el **Boletín de preinscripción** localizado en la página 27 y enviarlo al Colegio **antes del día 3 de Octubre**.

Para los Profesionales con inquietudes, ésta es una ocasión única que brinda la O.M.S., la Administración y la Organización Colegial para definir qué queremos ser, a donde queremos ir y qué podemos aportar a la Salud.

Por todo ello os invitamos a que participéis de esta oportunidad con objeto de implicar al máximo número de Profesionales. También desde este Colegio se dará todo tipo de ayuda y asesoramiento a los Departamentos de Formación Continuada de los distintos Centros Sanitarios para facilitarles la organización de sus propios foros.

FORO PROVINCIAL DE ENFERMERIA

«La Enfermería

abre el camino»

Sevilla 19 y 20 de Octubre

PROGRAMA
PROVISIONAL

Coordinador General del Foro: Francisco Baena Martín.

Secretaría de Organización: M^a Dolores Ríos Parrilla.
Alfonso Álvarez González.
Hipólito Gallardo Reyes.

PROPOSITO:

Debatir los Profesionales de Enfermería de Sevilla, los objetivos formulados por la O.M.S. para Europa, a fin de llegar a las conclusiones y recomendaciones pertinentes que reflejan la opinión real de lo que piensa la amplia base de profesionales.

OBJETIVOS:

- Analizar la situación actual de la profesión en nuestro país con respecto a los 38 objetivos S/2000.
- Identificar los cambios necesarios en las diferentes áreas para conseguir la meta S/2000.
- Precisar los modelos teóricos y la aportación que podemos ofrecer los profesionales españoles.
- Subrayar los objetivos más estrechamente relacionados con la profesión.

HORARIO:

Día 19 Lunes.

- 9 - 9,30: Entrega de documentación e inauguración.
- 9,45 - 10,15: Información general de la Conferencia de Viena y de los Foros.
- 10,15 - 11,00: Metodología del Foro.
- 11,00 - 11,15: Café.
- 11,15 - 14,00: Trabajo en grupo.
(Nombrar coordinadores de Grupo)
Objetivo: Seleccionar de los 38 objetivos los nueve más relevantes en opinión del grupo (tres objetivos de cada apartado) y planificar el trabajo y la metodología a seguir que orientará el desarrollo de los siguientes trabajos en grupo sobre esos objetivos.
- 14,00 - 16,00: Almuerzo.
- 16,00 - 16,45: Documento para discusión sobre las enfermeras y los 38 objetivos de la Región Europea enfocados hacia «Salud para todos».

17,00 - 20,00: Trabajo en grupo.

Objetivos: Analizar del segundo grupo de objetivos (13-31), los tres que hayan sido escogidos por el grupo. Examinar el estado actual de la Enfermería en nuestro país con relación a ellos, los cambios necesarios para su consecución y la aportación que Enfermería puede ofrecer para su realización.

Día 20 Martes.

- 9,00 - 9,45: Situación de la Enfermería Española con respecto a Europa. Antecedentes históricos, presente y futuro.
- 9,45 - 11,00: Trabajo en grupo. 1ª Parte.
Objetivos: de los tres objetivos seleccionados del tercer grupo (32-38) elaborar un Programa cronológico de las acciones a llevar a cabo según las prioridades de nuestro país para conseguir un desarrollo pleno de éstos. Señalar los requisitos necesarios y medios que debe aportar el Gobierno. Determinar la contribución que podemos ofrecer los Profesionales de Enfermería.
- 11,00 - 11,15: Café.
- 11,15 - 13,15: Trabajo en grupo. 2ª Parte.
- 13,15 - 14,00: Estado actual de la Reforma Sanitaria en Andalucía. Implicación en la Atención Primaria de Salud. Factores positivos y negativos que la condicionan. Situación de Enfermería en este contexto, previsiones de futuro. Ponencia de opinión.
- 14,00 - 16,00: Almuerzo.
- 16,00 - 19,30: Puesta en común de los grupos de trabajo.
- 20,00: Conclusiones del foro y clausura.

Bibliografía:

- Los objetivos de la Salud para todos en el año 2000 O.M.S. Región Europea.
- Documentos aportados por la O.M.S. para su discusión en los foros.
- «Las Enfermeras marcan la Pauta» por el Dr. Mahler.
- «¿Por qué el liderazgo en Salud para todos?» por el Dr. Mahler.

REGULADAS LAS ESPECIALIDADES DE ENFERMERIA

TEXTO INTEGRADO

B.O.E. 1 - 8 - 87

MINISTERIO DE RELACIONES CON LAS CORTES Y DE LA SECRETARIA DEL GOBIERNO

REAL DECRETO 992/1987, de 3 de julio, por el que se regula la obtención del título de Enfermero especialista.

La regulación actual de las especialidades de los Ayudantes Técnicos Sanitarios tiene su origen en el Decreto de 4 de diciembre de 1953, cuyos artículos 6 y 7 facultan al Ministerio de Educación y Ciencia para autorizar la creación de las Especialidades que se considerasen convenientes y expedir los respectivos Diplomas. Desde el año 1957, y de conformidad con el citado Decreto, se han creado las siguientes Especialidades: Asistencia Obstétrica (Matronas), Fisioterapia (convertida en Escuela Universitaria por Real Decreto 2965/1980 de 12 de diciembre), Radiología y Electrología, Podología, Pediatría y Puericultura, Neurología, Psiquiatría, Análisis Clínicos y Urología y Nefrología.

Integrados los estudios de Ayudantes Técnicos Sanitarios en la Universidad como Escuelas Universitarias de Enfermería por Real Decreto 2128/1977, de 23 de julio, no se procedió a desarrollar las Especialidades adecuadas a la nueva titulación, sino que, al contrario, se autorizó por Orden de 9 de octubre de 1980 a los Diplomados en Enfermería a que cursasen las Especialidades existentes para los Ayudantes Técnicos Sanitarios, lo que configuró un sistema peculiar y atípico de ordenación académica, necesariamente transitorio.

La fragmentariedad y obsolescencia de la legislación actualmente vigente, junto a las modificaciones sufridas en las necesidades asistenciales por cubrir, motivadas por el constante progreso científico y por el cambio de énfasis en

la previsión de servicios sanitarios del hospital hacia la atención primaria y la Medicina preventiva, así como los condicionamientos que supone el ingreso de España en la Comunidad Económica Europea, de los que se deriva la necesidad de reordenar el número, contenido y denominación de las Especialidades de Enfermería, y a la experiencia adquirida en estos años, aconsejan que éstas se regulen con nuevos criterios unitarios, de acuerdo con lo establecido en el artículo 18 del Real Decreto 185/1985, de 23 de enero, por el que se regula el Tercer Ciclo de estudios universitarios, la obtención y expedición del título de Doctor y otros estudios postgraduados, y al amparo de lo establecido en el artículo 39.4 de la Ley 14/1970, de 4 de agosto, General de Educación. Esta regulación, por otra parte, ha de estar presidida, necesariamente, por la idea de que la progresiva especialización no debe impedir la posibilidad del ejercicio polivalente de la actividad profesional, ni menoscabar las competencias profesionales que corresponden al Diplomado en Enfermería o ATS. En este sentido tiene que resultar positivo que en cada título de especialista se especifiquen aquellas áreas de capacitación en las cuales la formación se haya realizado con mayor énfasis, sin que esta circunstancia determine el futuro empleo del especialista.

Por otro lado, se crea el Consejo Nacional de Especialidades de Enfermería que, como órgano de consulta y asesoramiento de los Ministerios de Educación y Ciencia y de Sanidad y Consumo en estos asuntos, permitirá a la Administración tomar las decisiones que proceda con el debido apoyo científico y técnico. En dicho Consejo toman parte los representantes de los sectores académicos, científicos y profesionales, que tienen legítimo interés en la formación especializada de la Enfermería.

En su virtud, previos los informes del Consejo de Universidades y del Consejo General de Colegios de Ayudantes Técnicos Sanitarios y Diplomados en Enfermería, de acuerdo con el Consejo de Estado, a propuesta de los Ministros de Educación y Ciencia y de Sanidad y Consumo, y previa deliberación del Consejo de Ministros, en su reunión del día 3 de julio de 1987,

DISPONGO:

Artículo 1º Uno. Se crea el título de Enfermero especialista, que será expedido por el Ministerio de Educación y Ciencia, de acuerdo con lo establecido en el presente Real Decreto.



Radiología queda fuera de las especialidades para D.E.

Dos. Este título, sin perjuicio de las facultades que asisten a los Diplomados en Enfermería y ATS, será obligatorio para utilizar, de modo expreso, la denominación de Enfermero especialista.

Tres. Para obtener el título referido se requiere:

- a) Poseer el título de Diplomado en Enfermería.
- b) Realizar los programas de formación de una especialidad y superar las pruebas teóricas y prácticas correspondientes.

Art. 2º. Uno. A los efectos previstos en este Real Decreto se crean las siguientes Especialidades en Enfermería.

1. Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matronas).
2. Enfermería Pediátrica.
3. Enfermería de Salud Mental.
4. Enfermería de Salud Comunitaria.
5. Enfermería de Cuidados Especiales.
6. Enfermería Geriátrica.
7. Gerencia y Administración de Enfermería.

Dos. Corresponde al Gobierno, a propuesta de los Ministerios de Educación y Ciencia y de Sanidad y Consumo, previo informe del Consejo de Universidades, del Consejo Nacional de Especialidades de Enfermería y del Consejo General de Colegios de Ayudantes Técnicos Sanitarios y Diplomados en Enfermería la creación, cambio de denominación o supresión de las Especialidades que el progreso científico y tecnológico aconseje, de acuerdo con las necesidades sanitarias.

Art. 3º. Uno. El Ministerio de Educación y Ciencia, previos los informes del Consejo de Universidades y del Ministerio de Sanidad y Consumo, establecerá las directrices generales que deberán cumplir los programas de formación de las Especialidades de Enfermería, que en todo caso deberán ajustarse a las exigencias de la Directiva de la CEE 80/155, de 21 de enero de 1980, y a las que posteriormente sean dictadas.

Dos. Dichos programas deberán especificar los objetivos cualitativos y cuantitativos que ha de realizar el aspirante al título, a lo largo de los períodos de formación que se establezcan.

Tres. Los programas serán propuestos por el Consejo Nacional de Especialidades de Enfermería, y aprobados por el Ministerio de Educación y Ciencia, previo informe del de Sanidad y Consumo.

Art. 4º. Uno. En los programas de formación de cada Especialidad podrán establecerse áreas de capacitación específica. En estos supuestos, el título recogerá el área cursada por el interesado a los efectos de acreditar la particular formación.

Dos. La denominación y característica de las áreas de capacitación serán fijadas por los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación y Ciencia, previo informe del Consejo de Universidades y del Consejo Nacional de Especialidades de Enfermería.

Art. 5º. La formación de las Especialidades relacionadas en el artículo 2º se llevará a cabo en Unidades docentes acreditadas para desarrollar los correspondientes programas de formación, que estarán supervisadas y coordinadas a estos efectos por las Escuelas Universitarias de Enfermería que correspondan.

A tal fin, las Unidades docentes que, a través de las Escuelas de Enfermería, soliciten su acreditación, deberán garantizar la disponibilidad de los servicios hospitalarios y de los Centros de Salud necesarios para llevar a cabo la formación asistencial especializada.

Art. 6º. Uno. Los Ministerios de Educación y Ciencia y de Sanidad y Consumo, previo informe del Consejo Nacional de Especialidades de Enfermería y del Consejo de Universidades, establecerán los requisitos mínimos que deban reunir las Unidades docentes para impartir la especialidad de que se trate, y, en su caso, sus correspondientes áreas de capacitación.

Dos. Las acreditaciones serán otorgadas, previa comprobación de que las Unidades docentes reúnen los requisitos mínimos a los que se refiere el apartado anterior, por acto singular del Ministerio de Educación y Ciencia, previo informe del Ministerio de Sanidad y Consumo, a solicitud de la Entidad titular de la correspondiente Unidad docente.

Tres. Los Ministerios de Educación y Ciencia y de Sanidad y Consumo determinarán, en su caso, el número de plazas docentes que quedan acreditadas, en atención a la capacidad y a las necesidades sociales.

Art. 7º. Los Ministerios de Educación y Ciencia y de Sanidad y Consumo, previo informe de la Comunidad Autónoma que tenga competencias en materia de Enseñanza Superior y Sanidad, oído el Consejo Nacional de Especialidades de Enfermería, establecerán los criterios de selección y el sistema de acceso a la formación de Enfermero especialista. En todo caso, dichos criterios atenderán al mérito y capacidad de los aspirantes.

Art. 8º. Los programas de formación de cada una de las Especialidades de Enfermería recogerán los requisitos que deberán reunir los responsables docentes que impartan las distintas materias. En todo caso, en dichos progra-

mas se establecerán aquellas áreas específicas para cuya enseñanza será necesario estar en posesión del correspondiente título de Enfermero especialista.

Art. 9º Uno. Por cada una de las Especialidades de Enfermería a que se refiere el artículo 2º, punto uno, existirá una Comisión Nacional de la Especialidad, que tendrá la composición siguiente:

a) Dos representantes designados por el Ministerio de Educación y Ciencia, de entre Profesores de las Escuelas Universitarias de Enfermería.

b) Dos representantes designados por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

c) Un representante designado por la Asociación Científica de ámbito estatal legalmente constituida, que corresponda.

d) Dos representantes designados por el Consejo General de Colegios de Ayudantes Técnicos Sanitarios y Diplomados en Enfermería, de los cuales, al menos, uno será Profesor de Escuela Universitaria de Enfermería.

Dos. Cada Comisión Nacional elegirá al Presidente y al Secretario de entre sus miembros. El voto del Presidente será cualificado.

Tres. Los miembros de cada Comisión Nacional lo serán por un período de cuatro años, renovables.

Cuatro. Todos los miembros de las Comisiones Nacionales deberán estar en posesión del correspondiente título de Enfermero especialista.

Art. 10. Corresponde a cada Comisión Nacional, en el ámbito de la respectiva Especialidad, las siguientes funciones:

a) Proponer al Consejo Nacional de Especialidades de Enfermería, para su elevación al Ministerio de Educación y Ciencia los programas correspondientes a la formación de cada Especialidad.

b) Proponer al Consejo Nacional de Especialidades de Enfermería, igualmente para la elevación oportuna, y en atención a la naturaleza y peculiaridad de cada Especialidad, la duración del período de formación correspondiente de cada Especialidad.

c) Proponer a las autoridades competentes, a través del Consejo Nacional de Especialidades de Enfermería, la realización de auditorías en las diferentes Unidades acreditadas para conocer y evaluar el funcionamiento de los programas de formación.

d) Reunir y analizar los datos relativos a la programación de las necesidades de especialistas a corto, medio y largo plazo, con el fin de asesorar y elevar propuestas a las Administraciones competentes en relación con el número de Unidades docentes acreditadas para impartir dicha formación y su ubicación geográfica y de proponer la creación o supresión de las áreas de capacitación a que hacer referencia el artículo 4º del presente Real Decreto.

e) Impulsar e informar la organización y realización de programas de educación permanente de las distintas especialidades, prestando asistencia técnica a Organismos e Instituciones interesadas.

Art. 11. Uno. El Consejo Nacional de Especialidades de Enfermería, órgano consultivo conjunto de los Ministerios de Educación y Ciencia y de Sanidad y Consumo en el ámbito de la Especialidad de Enfermería, estará integrado por los siguientes miembros:

a) Presidentes de las Comisiones Nacionales de cada Especialidad.

b) Dos vocales designados por el Ministerio de Educación y Ciencia.

c) Dos vocales designados por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

Dos. Dejarán de pertenecer al Consejo Nacional de Especialidades de Enfermería quienes perdieran la condición de Presidente de una Comisión Nacional.

Tres. Los miembros del Consejo Nacional de Especialidades de Enfermería elegirán entre ellos un Presidente y un Secretario.

Cuatro. El Consejo Nacional de Especialidades de Enfermería elaborará su Reglamento de funcionamiento, que será aprobado por los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación y Ciencia.



Fisioterapia fue otra especialidad de A.T.S. que se reguló como carrera independiente.

Art. 12. El Consejo Nacional de Especialidades de Enfermería, sin perjuicio de las atribuciones que competen a otros órganos consultivos de los Ministerios de Educación y Ciencia o de Sanidad y Consumo, ejercerá las siguientes funciones:

a) Informar acerca de los requisitos de acreditación que, con carácter general, deben cumplir las Unidades docentes.

b) Informar los oportunos expedientes de acreditación de las Unidades Docentes.

c) Formular las propuestas de los programas correspondientes para la formación de los Especialistas de Enfermería y elevarlos al Ministerio de Educación y Ciencia para su aprobación, previo informe del Ministerio de Sanidad y Consumo.

d) Informar acerca de los criterios para la evaluación continuada del funcionamiento de las Unidades Docentes.

e) Promover y difundir las innovaciones metodológicas en el campo de la Enfermería Especializada.

f) Fomentar y promover la investigación en el campo de los estudios de las Especialidades de la Enfermería.

g) Conocer los criterios de selección y sistema de acceso a la formación de Especialistas de Enfermería, así como informar las oportunas convocatorias de acceso.

h) Informar las disposiciones de carácter general que se elaboren en materia de su específica competencia o que por su específica naturaleza afecte al ámbito de la Especialidad de Enfermería.

i) Formular las propuestas de las Comisiones Nacionales de realización de auditorías en las Unidades docentes.

proceda, por una sola vez, tanto los Diplomados en Enfermería como los Ayudantes Técnicos Sanitarios, que hubieran ejercido la profesión con tal carácter especializado durante cuatro años en los últimos diez, siempre que sea evaluada positivamente la presentación de un trabajo de investigación sobre la correspondiente Especialidad o superen aquellas pruebas que se convoquen y que versarán sobre los programas de formación de la Especialidad respectiva, todo ello en la forma y con el plazo que reglamentariamente se determine. Los aspirantes contarán para tales supuestos con dos convocatorias.

Segunda.— Los Profesores de las Escuelas Universitarias que a la entrada en vigor del presente Real Decreto hayan desempeñado durante tres años ininterrumpidos sus



U.C.I. no ha sido reconocida como especialidad.

Art. 13. El funcionamiento administrativo del Consejo Nacional de Especialidades de Enfermería será atendido por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

Art. 14. Los Ministerios de Educación y Ciencia y de Sanidad y Consumo velarán en el ámbito de sus respectivas competencias por la calidad de la formación postgraduada impartida y el desarrollo de la misma conforme a lo establecido en este Real Decreto y normas de desarrollo.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Primera.— A la entrada en vigor del presente Real Decreto, y no obstante lo dispuesto en el artículo 1º, podrán obtener un solo título de Enfermero especialista, el que

funciones docentes, podrán obtener el título de Especialista en la Especialidad que correspondiente o afín a su área de conocimiento, mediante prueba o trabajo de investigación sobre temas docente-asistenciales relacionados con la Especialidad y comprobación de la oportuna experiencia profesional en la Especialidad que proceda, según se determine reglamentariamente.

En todo caso, deberán estar en posesión, como mínimo, del título de Diplomado de Enfermería.

Tercera.— Uno. Los alumnos que, a la entrada en vigor del presente Real Decreto, hubieran iniciado los estudios conducentes a alguna de las Especialidades de ATS y de Enfermería previstas en la legislación vigente, continuarán sus enseñanzas conforme a los planes y régimen vigentes en el momento de su matriculación.

Dos. Los alumnos que concluyan sus estudios en los supuestos contemplados en el apartado anterior, obtendrán el Diploma de Especialista, conforme a la legislación anterior, sin perjuicio de lo dispuesto en la disposición transitoria primera.

Tres. En todo caso, a partir de la publicación del presente Real Decreto, no se podrán realizar nuevas matrículas en las Especialidades previstas por la anterior normativa.

Cuarta. En tanto no se constituya el Consejo Nacional de Especialidades de Enfermería previsto en el artículo 9º del presente Real Decreto, se autoriza al Ministerio de Educación y Ciencia, previo informe favorable del de Sanidad y Consumo, a establecer, con carácter provisional, los Programas de Formación de las Especialidades de Enfermería previstas en esta normativa, así como adoptar las medidas necesarias para su implantación a los largo de 1987.

A tales efectos los Ministerios de Educación y Ciencia y de Sanidad y Consumo constituirán un Comité Asesor, en el que estará representado el Consejo General de Colegios de Ayudantes Técnicos Sanitarios y Diplomados en Enfermería, las Asociaciones Científicas y el Profesorado de las Escuelas Universitarias de Enfermería.

DISPOSICION DEROGATORIA

Uno. Quedan derogadas en aquello que se oponga a lo establecido en el presente Real Decreto las siguientes disposiciones:

— Decreto de 18 de enero de 1957 por el que se establece la especialización de «Asistencia Obstétrica» (Matronas) para los Ayudantes Técnicos Sanitarios femeninos.

— Decreto 1153/1961, de 22 de junio, por el que se crea la especialidad de «Radiología y Electrología» en los estudios de Ayudantes Técnicos Sanitarios.

— Decreto 3524/1964, de 22 de octubre (Ministerio de Educación Nacional), de Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios. Especialidad de «Pediatria y Puericultura».

— Decreto 3192/1970, de 22 de octubre, por el que se crea la Especialidad de «Neurología» en los estudios de Ayudantes Técnicos Sanitarios.

— Decreto 3193/1970, de 22 de octubre, por el que se crea la Especialidad de «Psiquiatria» en los estudios de Ayudantes Técnicos Sanitarios.

— Decreto 203/1971, de 28 de enero, por el que se crea la Especialidad de «Análisis Clínicos» en los estudios de los Ayudantes Técnicos Sanitarios.

— Decreto 2235/1975, de 24 de julio, por el que se crea la Especialidad de «Urología y Nefrología» para Ayudantes Técnicos Sanitarios.

— Real Decreto 2287/1980, de 26 de septiembre, por el que se modifica el de 18 de enero de 1957, que estableció la Especialización de Asistencia Obstétrica para los Ayudantes Técnicos Sanitarios.

Dos. Igualmente quedan derogadas cuantas otras disposiciones se opongan a lo previsto en este Real Decreto.

DISPOSICIONES FINALES

Primera.— Uno. A la entrada en vigor del presente Real Decreto, los Diplomas de Especialistas obtenidos de acuerdo con la legislación anterior por Diplomados en Enfermería o Ayudantes Técnicos Sanitarios, que hubieran obtenido la convalidación académica de Diplomado en Enfermería conforme a la normativa vigente, se declaran equivalente a los títulos que a continuación se relacionan:

- | | |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| — Neurología. | } Enfermería de Cuidados
Especiales. |
| — Urología y Nefrología. | |
| — Análisis Clínicos. | |
| — Radiología y Electrología. | |
| — Pediatría y Puericultura | Enfermería Pediátrica. |
| — Psiquiatria | Enfermería de Salud Mental |
| — Asistencia Obstétrica y Ginecología (Matrona) | Obstétrico-Ginecológico (Matrona). |

Dos. A los ATS que posean alguno de los aludidos Diplomas de Especialista en Enfermería les será reconocida la equivalencia a la que alude el apartado anterior, cuando obtengan el título de Diplomado en Enfermería.

Tres. En todo caso los Diplomas otorgados al amparo de la legislación anterior a este Real Decreto conservarán los efectos previstos en las normas que regulaban su obtención.

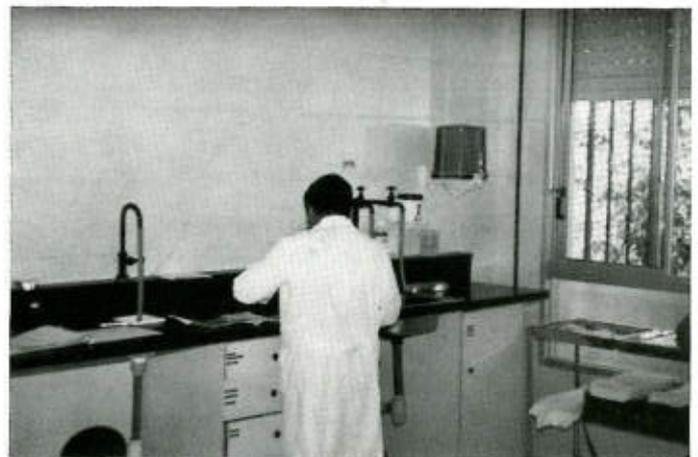
Segunda.— Sin perjuicio de lo dispuesto en Tratados y convenios suscritos por España, podrán obtenerse la homologación de la titulación extranjera correspondiente, según el procedimiento que se determine como desarrollo de este Real Decreto.

Tercera.— Por los Ministerios de Educación y Ciencia y de Sanidad y Consumo se dictarán las normas complementarias que fueran precisas para el desarrollo y aplicación de lo dispuesto en el presente Real Decreto.

Dado en Madrid a 3 de julio de 1987.

JUAN CARLOS R.

El Ministro de Relaciones con las Cortes
y de la Secretaría del Gobierno.
VIRGILIO ZAPATERO GOMEZ



Análisis Clínicos junto a Radiología se declaran equivalentes a Cuidados Especiales.

REAL DECRETO 992/1987 SOBRE REGULACION DEL TITULO DE ENFERMERO ESPECIALISTA

COMENTARIO

LA JUNTA DE GOBIERNO

No podemos estar de acuerdo con el Real Decreto sobre Especialidades de Enfermería porque no responde a la propuesta de la Organización Colegial.

Consideramos incoherente que estando pendientes desde hace años, de que el Gobierno acceda a enviar al Parlamento para su aprobación, la Ley de Funciones del Ejercicio Profesional —principio básico para desarrollar nuestra profesión—, sea este mismo Gobierno, quien se precipite por razones oscuras y presiones de élites, en regular áreas de especialización que ya de por sí, nacen privadas de autonomía profesional, al carecer de funciones propias. Lo que demuestra una falta de voluntad política para normalizar la situación de 150.000 profesionales.

En este Real Decreto también se deja al margen a los representantes de la profesión en el Consejo Nacional de Especialidades de Enfermería.

Por otra parte, desaparecen especialidades reconocidas por la población y queridas por la mayoría de los profesionales, como son las de Radiología, Urología y Nefrología, Neurología y Análisis Clínicos, cuando está perfectamente documentado que dichas especialidades existen en algunos países.

Igualmente, áreas de conocimientos tan específicos como Cuidados Intensivos, Enfermería Laboral, Quirófano, Dietista, etc... son apartadas a un lado, como si cualquier

enfermero/a sin una capacitación especializada, pudiese desarrollar el trabajo en estas áreas, de forma óptima y productiva para el usuario.

A pesar de lo que digan unos pocos a favor de que solamente debe haber cinco o seis especialidades, no hay ninguna contradicción entre cuidados integrales y la situación en las que es imprescindible unos conocimientos muy cualificados que requieren **especialización**.

Otro punto por el que no podemos estar de acuerdo es que permite una discriminación entre los A.T.S. y los Diplomados en Enfermería.

Tampoco se modifica el curso de nivelación como sería razonable y conveniente.

En definitiva, este Real Decreto de Especialidades solo viene a contentar y satisfacer las pretensiones de una minoría profesional, generalmente, instaladas en parcelas privilegiadas de poder y en el campo de la docencia.

Por todo ello, atendiendo las aspiraciones de los profesionales que ven minusvalorados sus conocimientos específicos en otras áreas (igualmente especializadas y no reconocidas sin un motivo científico), hemos pedido al Consejo General de A.T.S. y D.E. que recurra el Real Decreto 992/1987.

Desgraciadamente, y una vez más, los tribunales de justicia tendrán la última palabra.

LA OBLIGATORIEDAD DE LA COLEGIACION ES CONSTITUCIONAL

A modo de recordatorio hay que resaltar que en la discusión Constitucional cuando se estaba elaborando nuestra Carta Magna, hubo coincidencia de los portavoces parlamentarios en la conveniencia de la colegiación obligatoria, aconsejados y animados por el criterio decisivo del profesor Pedrol Rius, senador en esa Legislatura y Decano del Colegio de Abogados.

Quedando recogido definitivamente en la **Constitución** en su artículo 36, el reconocimiento e institucionalización de las Corporaciones Profesionales conocidas con el nombre de **Colegios Profesionales**.

A pesar de todo a partir de 1983 algunos letrados pregonaron que la colegiación obligatoria podría ser incompatible con la libertad de asociación recogida en el artículo 22 del texto Constitucional, incluso un grupo de abogados interpusieron recurso contra la obligatoriedad de la colegiación. Se han ido sucediendo los pasos judiciales y fallos parciales, hasta llegar al pasado 15 de Julio del presente año en el que el Tribunal Constitucional se pronuncia nítidamente al respecto en una **importante sentencia** donde se **declara la obligatoriedad de la colegiación**. Anteriormente en una sentencia de 24 de Mayo de 1985 fijó el ámbito donde se movieran y el límite donde terminaban las asociaciones, a las que podían aplicarse las libertades proclamadas en el artículo 22 de la Constitución.

Hizo notar el Tribunal en esa sentencia que el artículo 22 no se refiere a todas la asociaciones sino exclusiva-

IMPORTANTE SENTENCIA DEL TRIBUNAL CONSTITUCIONAL

mente a aquellas «constituidas al amparo de este artículo», de donde deducía la sentencia que quedaban fuera del artículo 22 aquellas asociaciones «cuyo objeto sea el ejercicio de funciones públicas de carácter administrativo relativos a un sector de la vida social».

En esta última sentencia definitiva de 25-7-87, el Tribunal recoge que «no es impertinente recordar que la **Constitución** en su artículo 36 ha reconocido e institucionalizado las corporaciones de profesionales conocidas con el nombre de **Colegios Profesionales**».

Sigue la sentencia: «puede considerarse, como algún relevante doctrinal dice, que son corporaciones sectoriales

de base privada, esto es, corporaciones públicas por su composición y organización que, sin embargo, realizan una actividad que en gran parte es privada, aunque tengan atribuidas por la Ley o delegadas, algunas funciones públicas». De lo que concluye que el Estatuto de los Colegios de Abogados (**se tiene que interpretar extensivo al resto de los Colegios**, aunque lógicamente la sentencia se refiere al recurso interpuesto por el grupo de abogados), «constituye una norma de organización de tales corporaciones ajenas a la libertad de asociación de que trata el artículo 22 de la Constitución». **Con esta sentencia queda ya perfectamente encuadrada y resuelta cualquier duda sobre la colegiación obligatoria.**





Derecho comparado. Mientras se resolvía la interpretación de los artículos 22 y 36 de la Constitución, han ocurrido en nuestro país y fuera de él, algunos hechos importantes que tienen que ver con el asunto. En efecto, el primer territorio autónomo que elabora una Ley sobre Colegios Profesionales es Cataluña, y en aquella se consigna la existencia de la colegiación obligatoria con carácter general. Estando pendien-

te de regularse en Andalucía una ley en igual forma. En 1.985 se aprueba la Ley Orgánica del Poder Judicial, que reconoce expresamente la colegiación obligatoria para abogados y procuradores.

El Tribunal de los Derechos Humanos ha reconocido ya la compatibilidad de la colegiación obligatoria de la orden de médicos de Bélgica con la libertad de asociación prevista en los Tratados, también son varios los países del mundo donde se hace compati-

ble la libertad individual de las personas con la obligatoriedad de la colegiación profesional.

Como Colegio Oficial de A.T.S. y D.E. de Sevilla nos sentimos satisfechos de que se haya resuelto nitidamente las dudas con respecto a este tema.

LA JUNTA DE GOBIERNO

(Se citan frases de D. Antonio Pedrol Rius en su artículo «Una importante sentencia del Tribunal Constitucional»)



FORO PROVINCIAL DE ENFERMERIA ORGANIZADO POR EL ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE A.T.S. - D.E. DE SEVILLA. S/2000 (Región Europea) «LA ENFERMERIA ABRE EL CAMINO»

PREINSCRIPCION

Nombre y apellidos _____

Dirección _____

Teléfono de contacto (imprescindible) _____

Lugar de trabajo o escuela _____

Nota: Enviar antes del 3 de octubre al Ilustre Colegio Oficial de A.T.S. - D.E. de Sevilla.

C/ Infanta Luisa de Orleans nº 10. 41004 SEVILLA.

MÁLAGA SERÁ LA SEDE DEL CONGRESO INTERNACIONAL DE ENFERMERIA DE 1993

Málaga será la sede del próximo Congreso Internacional de Enfermería, que se celebrará en 1993. La elección tuvo lugar el pasado miércoles en Nueva Zelanda, obteniendo Málaga 34 votos frente a los 24 conseguidos por Londres. Según el Colegio Oficial de ATS y Diplomados en Enfermería de Sevilla, la elección de la capital de la Costa del Sol como sede del Congreso supone el reconocimiento internacional al actual estado de la enfermería española que durante los próximos seis años será el escaparate mundial del sector.

Los profesionales sanitarios creen que, tras los esfuerzos realizados por el Consejo General de ATS, que ha posibilitado la elección, se deberán emprender tareas que consigan la equiparación de la Sanidad española con la de los países más desarrollados del mundo.

Un estudio previo realizado por el Consejo General de ATS estimó en cerca de quince mil personas el número de congresistas y acompañantes que durante los días del Congreso visitarán Málaga. El motivo por el que el Consejo General presentó la candidatura de Málaga, y no de otra ciudad española, se debe a que un estudio demostró que la capital de la Costa del Sol reunía las mejores condiciones climatológicas, económicas y de estructura hotelera y de servicios. En segundo lugar, el Consejo estimó que el hecho de que el año anterior se celebre en Sevilla la Exposición Universal da proyección mundial a España y más específicamente a Andalucía.

La otra ciudad que compitió por la sede del Congreso fue Londres, que en todo momento trató de jugar con la baza a su favor de haber competido ya en otra edición.

La candidatura de Málaga contó desde el principio con el apoyo del Ministro de Sanidad, Julián García Vargas; del Presidente de la Junta de Andalucía, José Rodríguez de la Borbolla, y del alcalde de Málaga, Pedro Aparicio.



EL ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE A.T.S. - DIPLOMADOS EN ENFERMERIA
DE LA PROVINCIA DE LA CORUÑA, CONVOCA EL:

PREMIO «QUIRON»

Tema: TRABAJOS CIENTIFICOS SOBRE INVESTIGACION EN ENFERMERIA.

— La extensión de los trabajos será libre.

— Los trabajos, firmados con seudónimo, se presentarán acompañados de: un sobre cerrado en cuyo exterior se hará constar el seudónimo que firme el trabajo y en el interior una hoja con los siguientes datos: nombre y apellidos del autor, dirección y número de teléfono.

— Cada trabajo estará firmado por un sólo concursante y se podrá presentar escrito indistintamente en gallego o en castellano.

— Los trabajos serán remitidos al Colegio Oficial de A.T.S. - D.E. C/ Avda. Alfonso Molina, 54-55-A. LA CORUÑA, 15008.

— El plazo de presentación de los originales finalizará el día 31 de Diciembre de 1987.

— Se concederán los siguientes premios:

1º Premio de 50.000.-

2º Premio de 30.000.-

3º Premio de 20.000.-

— La entrega de premios se efectuará el día de la Festividad de nuestro Patrón San Juan de Dios el 8 de Marzo de 1988.

— El jurado calificador será designado por la Junta de Gobierno de este Colegio y su fallo será inapelable.

— Los trabajos galardonados quedarán en propiedad del Colegio, quien se reserva el derecho de su publicación.

— El jurado calificador se reserva el derecho de declarar desierto alguno o todos los premios si, a su juicio ninguno de los trabajos alcanzase el mínimo de calidad exigible.

— La participación en este concurso implica la aceptación de las presentes bases.

PROYECTO DE ORDEN MINISTERIAL QUE PROPONE EL CONSEJO GENERAL DE A.T.S. -D.E. AL MINISTERIO DE EDUCACION Y CIENCIA SOBRE: CURSO DE NIVELACION

«El artículo 30 del Real Decreto del entonces Ministerio de Universidades e Investigación n.º 111/80, de 11 de enero de 1980 sobre homologación del Título de Ayudantes Técnicos Sanitarios por el Diplomado en Enfermería establecido en el otro Real Decreto anterior n.º 2128/1987, de 23 de julio, del Ministerio de Educación y Ciencia, facultaba a este Ministerio para dictar las normas que considere precisas para el establecimiento de un Curso de Nivelación de conocimientos para los efectos de la convalidación académica del Título de Ayudantes Técnicos Sanitarios por el Diplomado en Enfermería».

En su virtud se dictó por dicho Ministerio de Universidades e Investigación la Orden de 15 de julio de 1980, por la que se estructuraba dicho curso sobre la base de un programa especial de estudios que como Anexo figuraba en la citada disposición.

La experiencia de estos seis años que este sistema, teóricamente bueno en sí, presentaba el inconveniente de ser restrictivo de otras alternativas con las que el personal afectado pudiera acreditar su eficiencia y capacidad para homologar sus títulos básicos de Ayudantes Técnicos Sanitarios, Practicantes, Enfermeras o Matronas, con el de Diplomado en Enfermería que actualmente se expide por la superación de los estudios por las Escuelas Universitarias de Enfermería. Alternativa que abría de discurrir por los cauces de una formación posgraduada integradora y actualizadora de los conocimientos en su día adquiridos, brindando a aquel personal una auténtica ocasión de acreditar teórica y prácticamente su pericia personal.

Un cambio de orientación se inició con la Orden de este Ministerio de 28 de mayo de 1986 «sobre convalidación y adaptación —palabra esta última altamente significativa— de la Especialidad de Fisioterapia para A.T.S. por el título de estudios correspondientes a Escuelas Universitarias de Fisioterapia», en cuyo artículo 1.º se establecían para la convalidación del primero por el segundo unas pruebas de suficiencia eminentemente prácticas: en primer lugar el **currículum académico** y, caso de que este no mereciese la evaluación positiva, la presentación de **un trabajo original sobre tema de su elección correspondiente a alguna de las áreas establecidas en las directrices de los planes de estudios de las mencionadas escuelas.**

Hoy parece ya a todas luces aconsejable la aplicación analógica o extensiva de estas líneas maestras a la convalidación de los títulos de Ayudantes Técnico Sanitario,

Practicante, Enfermera o Matrona —este último con específica aplicación de obstetricia— por el Diplomado en Enfermería.

En su virtud, y previo informe del Consejo de Universidades del Consejo General de los Colegios de Ayudantes Técnicos Sanitarios, este Ministerio dispone:

ARTICULO 1.º. En lo sucesivo, el Curso de Nivelación para homologación de títulos establecidos en el artículo 3.º del Real Decreto n.º 111/80, de 11 de enero de 1980, constará de dos modalidades, **cada una de las cuales podrá ser adoptada indistintamente:**

a) La prevista en la orden Ministerial del entonces Ministerio de Universidades e Investigación de 15 de julio de 1980 mediante la realización y superación del Plan de Estudio que en su anexo quedaba configurado.



b) Mediante el cumplimiento por parte de quienes estén en posesión de los títulos de Ayudantes Técnicos Sanitarios, Practicantes, Enfermeras o Matronas, de acuerdo con el régimen legal vigente, en el momento de obtenerlo, de los requisitos siguientes.

1º Presentación y evaluación positiva de su currículum académico y profesional lo más completo y detallado posible, comprensivo no solamente de los conocimientos teóricos y prácticos básicos, sino, en su caso, de la especialidad cuyo diploma legalmente posea de acuerdo con la normativa legal vigente al tiempo de obtenerlo, ante la Comisión que se constituirá para ese efecto, de acuerdo con las normas del artículo 3º



Dicha Comisión, tras evaluar las solicitudes de acuerdo con los criterios que se incluyen en el Anexo, resolverá con propuesta del otorgamiento del Título de Diplomado en Enfermería o, en otro caso, con la exigencia de superación por los interesados del requisito suplementario que a continuación se establecen.

2º Quienes no tuvieron la evaluación positiva a que se hace referencia en el párrafo anterior deberán presentar un trabajo original sobre el tema de su elección y correspondiente a alguna de las áreas establecidas en las directrices de los planes de estudios de las Escuelas Universitarias de Enfermería, establecidas en la Orden de este Ministerio de 31 de octubre de 1977 (publicada en BOE nº 283, de 26 de noviembre), y/o de la Especialidad cuyo Diploma legalmente poseyesen, en el que se expondrán debidamente los objetivos del mismo, procedimientos o trabajos aplicados y conclusiones obtenidas, así como las fuentes de investigación utilizadas y la bibliografía consultada.

Quienes posean únicamente el antiguo título de Matrona, deberán realizarlo sobre esta Especialidad, aunque podrán suplementarlo con otro sobre tema de las áreas básicas.

Los interesados registrarán dichos temas en cada uno de los centros que se determinan en el artículo 3º que organizará en su seno los mecanismos necesarios para la tutela de los correspondientes trabajos y autorizará, si procediese, su presentación para los efectos de valoración final que, de favorable, dará derecho a la obtención del Título de Diplomado de Enfermería.

ARTICULO 2º Se entenderá cumplidos los requisitos comprendidos en el apartado b) del artículo anterior, con la subsiguiente expedición del Título de Diplomado en Enfermería a su favor, por aquellos que, además de poseer los títulos básicos mencionados en el artículo 1º, acrediten reunir, además, alguna de las dos condiciones siguientes.

Primera: Estar en posesión del título correspondiente a los estudios de COU o equivalente para efectos académicos.

Segunda: haber superado las pruebas de acceso a la Universidad para mayores de veinticinco años.

ARTICULO 3º 1º Cada una de las Escuelas Universitarias de Enfermería integradas en una Universidad o adscritas a ella de acuerdo con las normas del Decreto núm. 2125/77 de 23 de julio de 1977, procederá a constituir en su seno una o varias Comisiones, según el número de alumnado previsible, pero siempre de composición rigurosamente homogénea, que serán las competentes para realizar las evaluaciones de méritos y trabajos previstos en los apartados 1 y 2 del Artículo 2º, formulando ante el Ministerio de Educación y Ciencia, tanto en los casos de que dichas evaluaciones fueren positivas como en el de que los mencionados expedientes fueren correctos para acreditar algunas de las circunstancias previstas en el Artículo a que se ha hecho últimamente referencia, las procedentes propuestas de expedición de los títulos de Diplomado en Enfermería.

2º Cada una de las citadas Comisiones estará constituida por cinco o más miembros, pertenecientes al Profesorado de la Escuela adscritos a las áreas establecidas en las directrices de los planes de estudios mencionadas en el apartado 2 del Artículo 1º, así como a la docencia de las especialidades que procediere de acuerdo con lo previsto en el propio apartado, todos ellos con voz y voto. Serán nombrados por el Excmo. Sr. Rector Magnífico de la Universidad correspondiente, una de ellos, al menos, elegido entre una terna que le propondrá el Consejo General de los Colegios de Ayudantes Técnicos Sanitarios y Diplomados que ostente mayor rango académico o, caso de paridad, mayor antigüedad en la docencia.

ARTICULO 4º Los interesados a que se refieren los tres primeros Artículos de la presente Orden, acreditando debidamente el cumplimiento de cuanto en ello se dispone, podrán solicitar del Ministerio de Educación y Ciencia, por conducto de la propia Universidad, la expedición del Título de Diplomado en enfermería. En él se hará constar expresamente que se obtiene en conformidad con todo lo dispuesto en la presente Orden.

DISPOSICIONES FINALES

PRIMERA.- Por la Universidad correspondiente se arbitrarán los procedimientos para el cumplimiento de lo dispuesto en los artículos de esta Orden, debiendo establecer un plazo de cinco años, a partir del momento de su vigencia, al menos una convocatoria anual para la presentación del curriculum previsto en el apartado 1º del artículo 1º, y dos períodos anuales para la elaboración y ulterior presentación del trabajo a que se refiere el apartado 2 del propio artículo.

En las sucesivas convocatorias para la evaluación de los curriculum y realización de los trabajos previstos en el referido artículo 1º de esta Orden, la Universidad corres-



pondiente podrá limitar el número de solicitudes adecuándola a la programación de la actuación de la Comisión evaluadora y de tutoría de los trabajos de investigación constituida de acuerdo con el artículo 3º de la misma.

SEGUNDA.- Queda facultada la Dirección General de Enseñanza Universitaria Superior para dictar las resoluciones necesarias para el desarrollo de la presente Orden.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

PRIMERA.- Quiénes hallándose en posesión de alguno de los títulos mencionados en el párrafo primero del artículo 1º, no hayan solicitado realizar el Curso de Nivelación regulado en la Orden del Ministerio de Universidades e Investigación de 18 de julio de 1980, o lo hayan intentado sin superarlo, sea cual fuere el número de convocatorias a que se hayan presentado, podrán acogerse a lo establecido en la presente Orden.



Opiniones

FRANCISCO BAENA MARTIN
COLEGIADO Nº 4054

... De la necesidad de escribir

Con la aprobación en el Parlamento de la Ley General de Sanidad, se ha abierto un nuevo capítulo en la sanidad española. El partido en el Gobierno opta así por un Sistema Nacional de Salud que ha sido la reivindicación y marco de referencia de la izquierda en el campo sanitario.

Con esta ley, entre otras muchas cosas, y en relación a nuestro entorno de actuación profesional, se constata una ilusión y expectativas en cuanto que **enfermería adquiere responsabilidades que hasta ahora no estaban reconocidas.**

”

Me parece importante que los profesionales de enfermería se dejen escuchar y sentir con sus propuestas en los medios de comunicación.

“

Del binomio enfermedad-curación se pasa a hacer más hincapié en el de **salud-prevención.** Proponen una amplia reforma sanitaria orientada en tal sentido, siendo aquí en el terreno de la prevención y la educación, donde podemos incidir mayormente y con más autonomía. Ni que decir tiene que no podemos olvidar la atención reparadora.

”

Debemos estar alerta al intento de querer dejarnos relegados.

“

Pues bien, apenas comenzamos en este tema, cuando desde distintos círculos de opinión, no exclusivamente médicos y por supuesto ajenos a enfermería, **se está produciendo un movimiento en dirección inversa.**

Percibo un querer volver a lo antiguo, veladamente se expone que nuestro rol debe encuadrarse en el campo auxiliar y de dependen-

cia. Es sintomático las críticas a la figura del gerente y al organigrama de direcciones que debe configurar el futuro de la administración de los centros sanitarios.

De manera abierta ya se habla de que el personal facultativo en aplicación de su saber y entender, es el indicado para marcar las pautas a seguir. Para nada aparece la figura del enfermero/a,... como si no contáramos.

Ante esto, me parece importante que los profesionales de enfermería se dejen escuchar y sentir con sus propuestas en los distintos medios de comunicación. El poder de la palabra y de la letra impresa es innegable, y aunque no estemos muy acostumbrados a ello, necesitamos asumir la idea de que exponiendo nuestros pensamientos sin inhibiciones ni complejos, conseguiremos que la Sociedad y la Administración integren en sus estructuras de pensamiento, el decisivo papel de enfermería como recurso para la salud.

Hay que estar alerta al intento de querer dejarnos relegados. Podemos aportar mucho en el contexto de una asistencia multidisciplinaria en igualdad con otras profesiones; para ello, la alternativa es situarnos a la vanguardia de las ideas y de los hechos.

”

Es fundamental que nos habituemos a escribir: tenemos que escribir sobre nuestras opiniones y nuestras realizaciones profesionales.

“

Por encima de todo **es fundamental que nos habituemos a escribir:** Tenemos que escribir sobre nuestras opiniones. Tenemos que escribir sobre nuestros conocimientos... Tenemos que escribir detalladamente, de todas nuestras muchas realizaciones profesionales.

Lo más difícil es empezar, una vez en el camino, los resultados vendrán poco a poco.

Esta sección queda abierta a todos los **artículos de opinión** que envíen los colegiados. Esperamos vuestras opiniones.

RECURRIDA LA CONVOCATORIA DE DOS PLAZAS DE DIRECTORES DE DISTRITO EN ATENCION PRIMARIA DEBIDO A QUE EL S.A.S. INTENTA CERRAR EL CAMINO DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA A ESTOS CARGOS

El colegio oficial de Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS) y diplomados en enfermería ha interpuesto un recurso de reposición contra una resolución del gerente provincial del Servicio Andaluz de Salud (SAS) en relación con una oferta pública para cubrir dos plazas de director de servicios en distritos sanitarios de atención primaria.

Este organismo realizó una convocatoria de empleo público incumpliendo lo previsto en materia de provisión de puestos de trabajo en la ley de Ordenación de la Función Pública de la Junta de Andalucía.

Entre los requisitos generales exigidos a los presuntos aspirantes se menciona la condición de **titulado superior**, sin que se especifiquen ni las funciones que corresponden a los puestos de trabajo convocados, ni el régimen de prestación de servicios.

Tampoco se especifica el del puesto de trabajo, lo que impide una clasificación del personal acorde con lo previsto en la ley de la Función Pública Andaluza y en la ley de creación del SAS.

Según esta última ley, el nombramiento del director de distrito de atención primaria de salud, no está condicionado por la posesión de una y otra titulación específica. Por tanto cualquier diplomado puede optar a estos cargos.



SALUD ENTRE TODOS es una revista editada por la Junta de Andalucía, Consejería de Salud, Servicio Andaluz de Salud; se envía gratuitamente a todos los colegios, ayuntamientos y centros sanitarios de Andalucía.

También se envía a profesionales y a dirigentes de asociaciones y entidades que se lo soliciten por carta y es por lo que os enviamos el boletín de suscripción gratuita por el interés que pueda tener hacia algunos colegiados de recibirla en su domicilio.

BOLETIN DE SUSCRIPCION GRATUITA

Apellidos y nombre

Domicilio

Localidad.....

Provincia.....

C. Postal

Año de nacimiento

Profesión.....

Datos para clasificación de ordenador. Dejar en blanco.

Enviar a:

Redacción de SALUD ENTRE TODOS

Consejería de Salud
Avda. República Argentina, 21
41011 - SEVILLA

Información

I Curso de Diplomado en Animación Socio-Cultural para la vejez

Destinatarios: Titulado medio o equivalente a bachiller superior
Lugar: Sevilla. Fecha: Septiembre 1987.
Información: Dra. Domínguez Entrena. Telfn. (954) 84 34 60
Instituto Gerontológico Andaluz. Telfn. (954) 37 44 20

I Curso de Diplomado en Terapia Ocupacional para ancianos

Destinatarios: Formación equivalente o graduado escolar.
Lugar: Sevilla. Fecha: Octubre 1987.
Información: Dra. García Fernández. Telfn. (954) 37 06 21
Instituto Gerontológico Andaluz. Telfn. (954) 37 44 20

I Congreso Nacional de Enfermería Geriátrica

Lugar: Logroño. Días 20 y 21 de noviembre 1987.
Información: Colegio Oficial de A.T.S. y D.E.
Gran Vía Juan Carlos I, 67. Esc. B. 1º Dch.
Telfn. (941) 22 83 16. 26005. Logroño.

IV Reunión de A.T.S. y D.E. de Cuidados Intensivos Cardiológicos de la SEMIUC

Lugar: León. Días 5 al 7 de noviembre 1987.
Información: José V. Tato Lobo. Unidad de Cuidados Intensivos
Hospital Princesa Sofía.
Altos de Nava, s/n. 28080 León.

VIII Sesiones de Trabajo Asociación Española de Enfermería Docente. ¿QUIEN DIRIGE LA ENFERMERIA?

Lugar: Puerto de la Cruz (Tenerife).
Días 3 y 4 de diciembre 1987.
Información: AEED. S. Martín de Porres 4.
Madrid. Telfn. (91) 216 22 40. Ext. 548.

II Curso de Actualización Reumatológica

Lugar: Barcelona. Día: 9 al 13 de noviembre 1987.
Información: Dra. M.A. Brancos, Dr. E. Kanterewicz
C/ Villarreal, 170. 08036 Barcelona. Telfn. (93) 253 41 88

I Jornadas de Enfermería ante situaciones de catástrofes

Lugar: Madrid. Días: 11 al 13 de noviembre 1987.
Información: A.E.M.A.R.H. (Asociación de Enfermería de Medio Ambiente, Relaciones Humanas.)
Cuesta de Sto. Domingo, 6-2º Dch. 28013 Madrid.

VIII Curso de Actualización en Enfermería Quirúrgica

Lugar: Coimbra (Portugal). Días 19 y 20 de octubre 1987.
Información: Mario Blanco Peres. Apartado 4584.
4009 Porto Codex. Portugal.

II Jornadas Andaluzas de la Asociación de Enfermería Andaluza

Lugar: Granada. Días 19 y 20 de noviembre 1987.
Información: Angel González. Centro de Salud «ZAIDIN SUR»
Plaza de las Palomas s/n.
Telfn. (958) 11 63 11. Granada.

Curso de Microinformática y Proceso de Datos en Ciencias de la Salud

Lugar: Bellaterra (Barcelona)
Días: 21 al 26 de septiembre 1987.
Información: Laboratorio de Psicología Matemática.
Universidad Autónoma de Barcelona. Apto. de Correos, 40.
08193 Bellaterra (Barcelona).
Telfn. (93) 692 02 00. Ext. 1327 (de 10 a 13 horas).
A partir del 1-9-87.

II Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud

Lugar: Londres (Gran Bretaña)
Días 21 al 23 de septiembre 1987.
Información: Consejo General de Enfermería de Madrid.
Telfn. (91) 241 60 73 — 241 17 89

X Congreso Nacional de Urología

Ponencia Oficial: «La Enfermería en las Exploraciones Urológicas» (Exploraciones físicas, endoscópicas, radiológicas, ecográficas, y urodinámicas)

Lugar: Salamanca. Días: 8 al 10 de octubre 1987.
Información: Apartado de Correos 108. 33080 Salamanca.

II Congreso Nacional de Salud Pública y Administración Sanitaria

Lugar: Madrid. Días: 11 al 14 de noviembre 1987.
Información: Apartado de Correos 1.046. 28080 Madrid.
Telfn. (91) 458 66 81 — 250 96 10

I Congreso Nacional de Enfermería de Urgencias

Lugar: Murcia. Días 27 y 28 de noviembre 1987.
Información: Hospital Virgen de la Arrixaca
El Palmar - Murcia 30120
Telfn. (968) 84 15 00 Ext. 169 — 84 70 51.

I Congreso Nacional de Enfermería Geriátrica

Lugar: Valencia
Día: (aún sin concretar la fecha, segunda quincena de noviembre o primera de diciembre).
Información: Iltre. Colegio oficial de ATS y DE.
Dr. Zamenhoff 11. Telfn. (96) 370 85 66 — 350 11 66 — 370 85 08
46008 - Valencia.

III Congreso Nacional de la F.E.A.E.D

Lugar: San Sebastián. Días: 8 al 10 de octubre 1987.
Organiza: Asociación de Educadores en Diabetes de Euskadi.
Información: Telfn. (943) 61 87 97 — 21 41 79
Apartado 858. 20080 San Sebastián.

XXIX Reunión Nacional de la Asociación Nacional de Hematología y Hemoterapia

Lugar: Cádiz. Días: 29 al 31 de octubre 1987.
Información: Secretaría Científica. Servicio de Hematología.
Hospital de la S.S. de Cádiz.
Secretaría Técnica. Grupo Geysco, S.A.

Congreso Nacional de Salud Pública y Administración Sanitaria

Lugar: Madrid. Días: 11 al 14 de noviembre 1987.
Información: Telfn. (91) 458 66 81 — 250 96 10. Madrid.

IV Conferencia Europea de Oncología Clínica y Enfermería Oncológica

Lugar: Madrid. Días: 1 al 4 de noviembre 1987.
Organiza: Federación Sociedades Europeas de Cáncer y patrocinada por la Asociación Española contra el Cáncer.
Información: Telfn. (91) 457 44 95. Madrid.

XIX Reunión Nacional de la Sociedad Española de Nefrología

XII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica

Lugar: Vigo. Días: 12 al 15 de octubre 1987.
Información: Secretaría
Apartado de Correos, 1.480. 36280 Vigo.
Telfn. 41 41 44

I Jornadas Canarias de Gestión en Enfermería y Fisioterapia

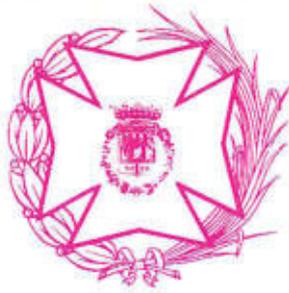
Lugar: Sta. Cruz de Tenerife. Días: 8 al 10 octubre 1987.
Información: Arturo Clavijo. Telfn. (922) 64 91 11 — 64 08 10.

Curso Monográfico de Epidemiología del Cáncer

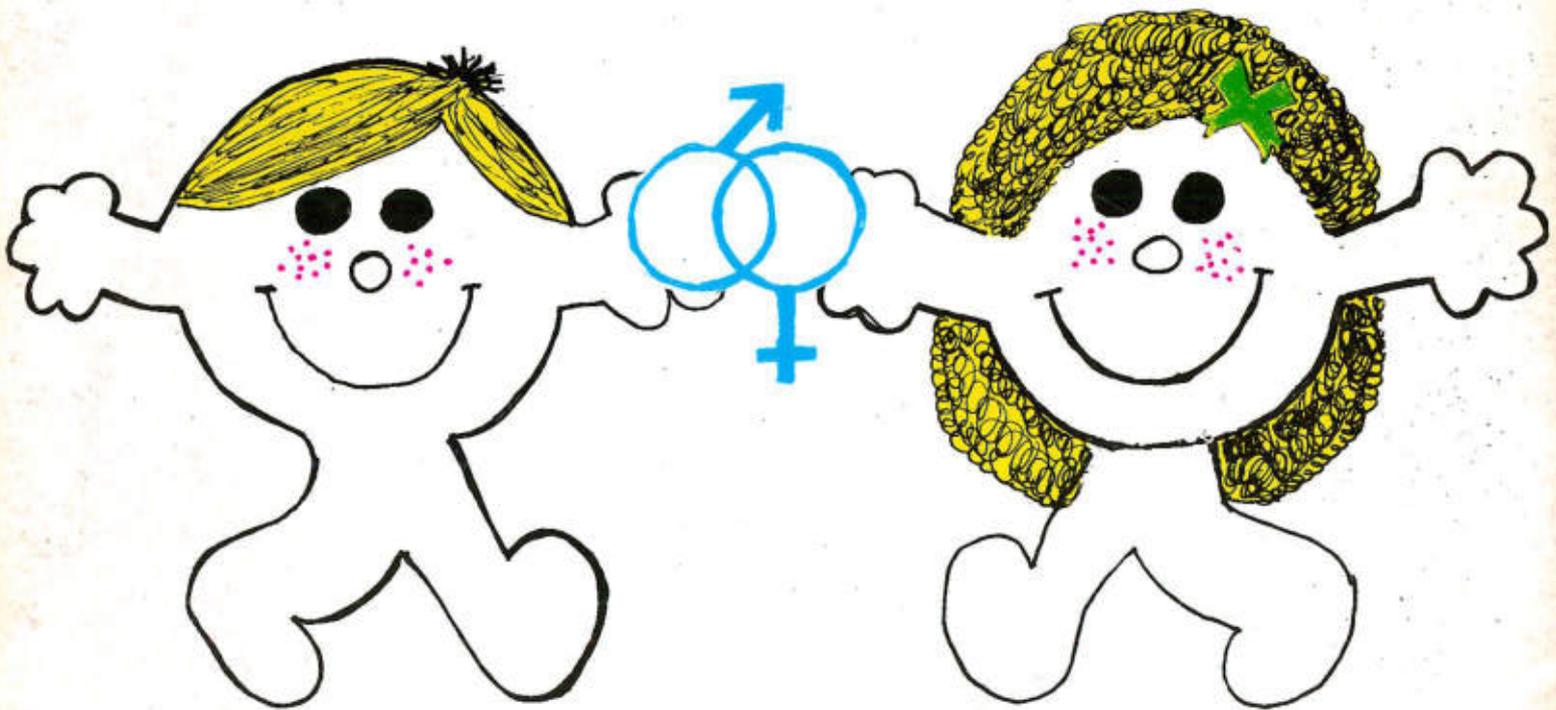
Lugar: Pamplona. Día 9 de octubre 1987.
Información: Consejo General de Enfermería de Madrid.
Telfn. (91) 241 60 73 — 241 17 89

XXXIX Congreso Brasileño de Enfermería «El trabajo en Enfermería»

Lugar: Salvador-Bahía (Brasil)
Días: 23 al 27 de Noviembre 1987.
Información: Consejo General de Enfermería de Madrid.
Telfn. (91) 241 60 73 — 241 17 89



CURSO SEMINARIO DE PLANIFICACION FAMILIAR



PARA MATRONAS, A.T.S. Y D.E.

TODOS LOS JUEVES DE OCTUBRE

COLEGIO DE A.T.S. Y D.E.

SEVILLA