



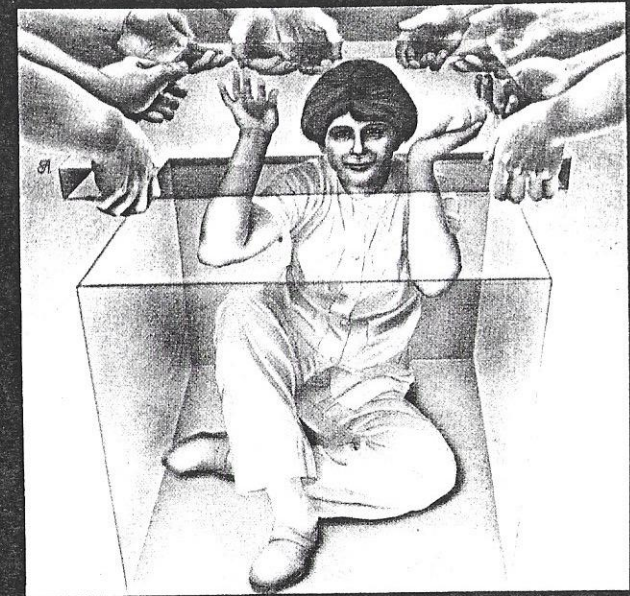
*Enfermería:
presente y futuro*

I CONGRESO PARA EL DESARROLLO DE LA ENFERMERIA

I CONGRESO PARA EL DESARROLLO DE LA ENFERMERIA

ORGANIZADO POR EL COLEGIO DE A.T.S. Y D.E. DE M

COMISION CULTURAL



ORGANIZACION DEL CONGRESO

PRESIDENTA DE HONOR

S. A. R. Doña SOFIA

COMITE DE HONOR

Excmo. Sr. D. Juan Rovira Tarazona, Ministro de Sanidad y Seguridad Social.
Excmo. Sr. D. Luis González Seara, Ministro de Universidades.
D. José María Segovia de Arana, Secretario de Estado para la Sanidad.
Ilmo. Sr. D. Juan Reig Martín, Delegado Territorial de Sanidad.
Ilmo. Sr. D. Alberto Oriol Bosch, Decano de la Facultad de Medicina U. C.
D. Enrique de la Mata Gorostizaga, Presidente de la Cruz Roja Española.
Excmo. Sr. D. Enrique Tierno Galván, Alcalde de Madrid.
Excmo. Sr. D. Carlos Revilla Rodríguez, Presidente de la Diputación Provincial.
D. Enrique Rodríguez, Presidente del Consejo General de A.T.S.
D.ª Concepción Germán Bés, Presidenta del Ilustre Colegio de A.T.S. de Madrid.

JUNTA DE GOBIERNO DEL COLEGIO DE A.T.S. DE MADRID

Presidenta: Concepción Germán Bés.
Vicepresidente: Jesús Molina Pérez.
Secretario: Víctor Barranco Ortega.
Tesorera: María J. Rubio Montejano.
Vocales: Aurora López Fernández, José María García Sánchez, Víctor André Martínez, Carmina Mancebo Navas y Antonio Loren Trasobares.

COMITE ORGANIZADOR

Secretaria: Cristina Francisco del Rey.
Vocales: María Jesús Clemente del Castillo, José Antonio Gómez Díaz, María Luisa Gómez Amarante, Marta Martina Chávez y Concepción Germán Bés (por el Colegio).

COLABORADORES

Comisión Científica:

Epifanio Fernández Collado, Carmen Hernández, Dolores Herrera, Dalmacio Meléndez y Henar Sastre.

Comisión Cultural y Relaciones Públicas:

José Antonio Blanco Moreno, Carmen García Concellón, Encarnación García Parra, Almudena García del Valle, María Concepción Martín Gelado, Antonio Martín Miranda, Isabel Martínez Catalán, José Luis Moncada Ors, Javier Revuelta Castelo, Jaime Robles Martínez, Juan Antonio Robles Martínez, Manuel Rodil Lastra y Antonia Sanz Gutiérrez.

Comisión Presupuesto: Argimiro Martín.

Comisión Propaganda:

Olga Martínez, Lucía Mazarrasa, María Dolores

Los objetivos de la relación de ayuda enfermero-enfermo son (según Travelbee):

1. Ayudar al enfermo a afrontar sus problemas presentes.
2. Ayudar al enfermo a captar sus problemas.
3. Ayudar al enfermo para que se dé cuenta que participa a una experiencia vivida.
4. Ayudar al enfermo a examinar diferentes posibilidades.
5. Ayudar al enfermo a intentar nuevos modos de comportamiento.
6. Ayudar al enfermo a comunicar y a establecer nuevos contactos sociales.
7. Ayudar al enfermo para que encuentre un sentido a su enfermedad.

El dominio de esta función.

Parson y Shils dicen que para el dominio de una función es necesario el dominio de un comportamiento expresivo y de un comportamiento instrumental.

a) El comportamiento expresivo está orientado hacia un Feed-back directo e inmediato. Es un comportamiento de naturaleza emocional (expresión, sonrisa, impresiones sobre un trabajo).

b) El comportamiento instrumental está dirigido hacia objetivos precisos y hacia una acción.

¿Cuáles son los elementos que el enfermero necesita para el dominio de su función expresiva e instrumental?

Estos elementos pueden ser:

- La posibilidad de expresarse como individuo y como profesional. Y que lo expuesto se tome en cuenta.
- Que el enfermo sea receptor del mensaje que los otros le envían.
- Que las escuelas y más tarde el lugar de trabajo prevean consejeros o supervisores en el dominio de la relación.
- El reconocimiento de esta función en el medio de trabajo y profesional.
- Crear los medios adecuados en los centros de formación y los medios de trabajos para desarrollar el saber, saber hacer y saber ser sobre el aspecto de la relación.

Hemos visto ciertas características del hospital centro de salud.

El beneficio mayor de este sistema para el enfermo es que su enfermedad va a servirle para hacer un nuevo aprendizaje.

Este sistema de cuidados va a dar al enfermero un refuerzo de sus capacidades profesionales, una implicación más grande en su profesión y, sobre todo, un reconocimiento del enfermo, los otros profesionales y la sociedad de sus competencias.

CONCLUSION

Les he hablado del hospital fábrica, donde la finalidad es la rapidez y el rendimiento.

El hospital cafetería, que está caracterizado por la comunicación sin finalidad terapéutica.

El hospital centro de salud, que la base de todos los cuidados enfermeros es la relación de ayuda y el desarrollo personal.

Mi objetivo hoy era lanzar una idea "sobre los cuidados enfermeros que son lo que el enfermero desea que sean".

ENFERMERIA EN EL MOMENTO ACTUAL

Concepción Germán

MADRID

A MODO DE INTRODUCCION

Centrar la ponencia con el tema que me ha tocado, "la Enfermería en el momento actual", ofrece ciertas dificultades, ya que en estos días de congreso se han tocado casi todos los aspectos importantes: sociales, filosóficos, conceptuales... Por otro lado, por razones de trabajo, no han participado en la misma las personas que en un principio se anunciaron, las cuales envían sus disculpas (María José Dasí, presidenta de Valencia, y Rosa Serrá, presidenta de Barcelona).

Mi enfoque, por lo tanto, va a ser necesariamente genérico, repasando aquellos puntos que sobresalen más de nuestra profesión; me referiré, naturalmente, a las expectativas que se despiertan al comienzo de una década como esta de los 80 que ahora iniciamos, en la cual, a mi juicio, se van a desarrollar nuestras metas, nuestras expectativas, y en las que trabaremos gran parte de nuestros anhelos, no sin grandes dificultades.

APROXIMACION HISTORICA

"Los hospitales son poco numerosos, pues el sistema de asistencia domiciliaria está generalizado. De ahí que los hospitales quedan reservados a los foráneos sin asilo y a algunos casos excepcionales"... "Un hospital no puede tener un tamaño mayor a otros edificios que amontone en un mismo foco de infección a 700 u 800 enfermos". "Se recomienda, incluso, que se mantenga al enfermo en cada casa, lo más aislado posible..." "Una ingeniosa innovación afecta a estos servicios, la creación de un cuerpo de enfermeras experimentadas formadas especialmente para estos menesteres, y puestas por la administración central a la disposición del público. Realizan la atención domiciliaria..." (1).

Estas citas de la obra de Julio Verne, "Los quinientos millones de la Begún", me sirven de introducción porque cuando las leí el verano pasado me sirvieron para reflexionar sobre la importancia que tiene que cada persona sea capaz de vivir en su tiempo como lo hizo Julio Verne. Cuando esa persona tiene además una responsabilidad como la que le da su profesión ante la sociedad, ese vivir de acuerdo con su tiempo se convierte en una necesidad.

Julio Verne recoge en su obra el pensamiento en torno a las infecciones y su prevención, no hay que olvidar que en 1858 el químico Pasteur descubrió la naturaleza patógena de ciertas bacterias a través de la fermentación. Esto hizo que en la segunda mitad del siglo XIX se adoptaran severas medidas de higiene.

El cuidado domiciliario que con frecuencia citamos como gran innovación en estos días aparece en esta novela de Julio Verne con dos aspectos a mi juicio: 1. La prevención de la infección se inicia con un tratamiento aislado del paciente, y para

(1) Julio Verne: "Los quinientos millones de Begún". Página 167 y siguientes. Alianza Editorial.

ello lo mejor es realizarlo en su domicilio mediante los cuidados de una persona experta. 2. Es un cuerpo del Estado el de las enfermeras que se acaba de crear, de lo que se deduce la responsabilidad del Estado en el cuidado de la Salud.

La lectura refrescante de la obra de Julio Verne me sirve para enlazar con el momento actual. Nuestro pasado inmediato está lleno de incógnitas que tenemos que desvelar, ordenar y asumir. No es este el momento de detenernos en él, aun cuando me gustaría, e, insisto de nuevo, tenemos que hacerlo no tardando mucho; sin embargo, creo que en estos días hemos acabado una fase e iniciado otra.

Hemos acabado la fase del silencio, la fase de los veinticinco años (desde 1953) del no pasa casi nada, de desconocernos unos a otros y otros a unos, para iniciar la fase del conocimiento, de la agitación, del criticar todo y reivindicar todo lo pendiente; hemos abierto el camino.

PREVISIONES DE SALUD EN LA PROXIMA DECADA

Partiendo de la consideración de que cada país debe establecer sus prioridades sanitarias, y de que éstas varían de los países en vías de desarrollo a los países desarrollados, y de que nuestro país se halla a mitad de camino entre unos y otros, careciendo de un estudio nacional de prioridades que nos guiara en este punto, voy a señalar algunos de los problemas que se prevén a nivel mundial (1), según Alan Sheldon, Richard Magraw y Philip Selby.

Principales problemas: Cáncer, enfermedades cardiovasculares y enfermedades mentales.

Las enfermedades infecciosas se hallan controladas por la Ciencia (2).

Otras situaciones: Vejez, aumento de un 25 por 100 sobre los sesenta años; enfermedades genéticas; enfermedades víricas; enfermedades venéreas.

Ambiente social: La mayor parte de las causas de degradación del medio ambiente no podrán evitarse durante los próximos veinte años.

Los automóviles crecerán a una tasa doble que el crecimiento de la población (3).

El individuo se sentirá más y más solo al compás de la tendencia a vivir en ciudades superpobladas. San Martín (4) cita como conductas cada vez más frecuentes: la desadaptación social, la soledad en medio de la gran ciudad, la neurosis, la delincuencia juvenil, los conflictos sexuales, las tensiones, la inseguridad, como problemas del hombre contemporáneo.

La contaminación de los alimentos por pesticidas y antibióticos dará lugar a una nueva epidemiología: cirrosis hepática y degeneración nerviosa.

Las drogas, los psicofármacos producirán una elevación en 1/6 en los costos farmacéuticos. Se añadirán los contraceptivos orales masculinos y los abortivos. Se usarán cada vez más para evitar la ansiedad de los padres, en los jóvenes.

En una primera etapa, su consumo será apoyado por los gobiernos, hasta que aparezcan las primeras grandes desviaciones; la corrección gubernamental tardará de diez a veinte años.

(1) Estudio realizado por A. Sheldon, R. Magraw y P. Selby, patrocinado por la Fundación Menry Dunant por la década 1980-90. Año 1978.

Fuente: Conferencia del Doctor Soler Durall en el I Curso de Supervisión de Iberhospitalia. Febrero 1978.

(2) No olvidar la alarma sobre el uso inadecuado de antibióticos, que ha saltado últimamente a los medios de información social.

(3) Este estudio está realizado para América del Norte y los países del área capitalista. Es porque nuestro estilo de vida está dentro del llamado mundo occidental, es por lo que he elegido este trabajo con las salvedades que hice al principio.

(4) San Martín: "Salud y enfermedad". La Prensa Médica Mexicana, 1978.

EN LA ORGANIZACION DE LA SALUD

Se prevén dificultades en las profesiones sanitarias para mantener cada una su papel.

Se descentralizarán los servicios sanitarios y se introducirá la informática.

Costos: ningún país en 1990 podrá financiar todas las técnicas disponibles. En el año 1990 el 9 por 100 del P.N.B. (Producto Nacional Bruto) será para sanidad asistencial, del 35 al 40 por 100 para protección del medio.

Control: se realizará el control estatal progresivo de las industrias de la Salud, en especial de la farmacia.

PREVENCION

Detección precoz; teoría de iceberg, lo que se ve son los casos detectados a través de la consulta médica, una parte no se ve y es la mayoría. A medida que la demanda de salud es mayor, el iceberg se hace más visible.

Por otro lado, los medios de comunicación social, las publicaciones, enciclopedias, revistas, etc., han extendido cantidad de información entre el público que se ha sensibilizado sobre su estado de salud y recurre con más frecuencia a buscar asesoramiento o soluciones a sus dolencias.

¿PREVEMOS NUESTRO FUTURO PROFESIONAL DE ACUERDO CON LA DEMANDA SOCIAL?

De lo dicho hasta ahora dos son los puntos de reflexión para las siguientes líneas: Uno, ¿tenemos presentes todas las necesidades de la sociedad? Dicho de otra manera, nuestra formación, nuestros servicios, ¿son los que la población demanda? Dos, la infraestructura sanitaria de nuestro país, ¿es adecuada para cubrir la demanda social?

Al principio de esta conferencia decía que el hombre y la mujer, y en especial los profesionales, deben, tienen que vivir de acuerdo con su tiempo, esto significa estar atentos a las últimas investigaciones de la ciencia, a la manera de aplicar las investigaciones, a conocer las diferentes tendencias del pensamiento sobre el hombre, la salud... En palabras de Bunge: "El hombre no sólo está en el mundo, sino que trata de entenderlo, para luego modificarlo de acuerdo a sus necesidades solidarias" (1).

La Salud en nuestra Constitución es un Derecho Fundamental inherente al ser humano (Art. 10, Apto. 2).

La reforma sanitaria aprobada recientemente —en sus líneas generales— en las Cortes indica la forma de garantizar ese derecho. Así, pues, en teoría, la concepción de Salud que tiene nuestro Gobierno está en plena concordancia con la definición de la O.M.S.: "La salud es un derecho que hay que procurar y no sólo como el acceso a la curación o el alivio de la enfermedad, sino ejerciendo y promoviendo las medidas preventivas correspondientes, promoviendo su bienestar físico, psicológico y social" (2), (3).

Sin embargo, nuestro sistema sanitario es predominantemente del nivel secundario —curativo—, un 80 por 100 de los profesionales sanitarios trabajan en hospitales. Carecemos de centros suficientes para atender a la tercera edad y, en especial, de centros geriátricos. No se han desarrollado las leyes que regulan la asistencia médica

(1) Mario Bunge: "La investigación científica". 1972. Ariel.

(2) Documento de Reforma Sanitaria. Líneas Generales de la Reforma Sanitaria. Colegio de A.T.S. 1977.

(3) Un año después, cuando se escriben estas líneas, todavía no se ha desarrollado en la práctica ninguno de los puntos de la Reforma Sanitaria, ni ha pasado a discusión el Proyecto de Ley de Sanidad.

escolar, escasamente se tienen servicios para atender a los drogadictos, y menos aún para prever la droga en la escuela, y tenuamente comienzan a ponerse en práctica los servicios de atención domiciliaria a pacientes crónicos, convalecientes y ancianos.

Más optimista pueden verse los cambios introducidos en la docencia de las Escuelas Universitarias de Enfermería. El currículo de nuestras escuelas recoge las directrices marcadas por instituciones de tanto prestigio como la O.M.S. (Organización Mundial de la Salud), se estudia al hombre en estado sano o enfermo, la salud pública, las ciencias de la conducta, las básicas, y se está avanzando en el desarrollo de los cuidados de Enfermería. Existen obstáculos, naturalmente: presupuesto escaso profesorado preparado, dificultades al cambio conceptual y, sobre todo, cierta imposibilidad inmediata de que los futuros profesionales pongan en práctica de forma inmediata los conocimientos de la metodología aprendida. Sin embargo, podemos, en este campo, mirar al futuro con optimismo.

Un problema a resolver con urgencia es el de las especialidades, y aquí no deberían paralizarnos las diferencias de opinión que existen en nuestro colectivo, fruto de nuestro pasado histórico. Y digo que deberíamos ser ágiles para ir renovando y ampliando especialidades y clarificando puestos de trabajo, mientras sigue el debate sobre las más conflictivas. La Enfermería de Salud Comunitaria o de Salud Pública y la Geriátrica parecen urgentes, como también lo son las modificaciones de programas de las ya existentes (1).

Podemos resumir tras este breve repaso a la situación española que deben darse transformaciones profundas a nuestro sistema sanitario si realmente se quieren cubrir las demandas sanitarias de la población de acuerdo con la declaración de intenciones que, en definitiva, plantea la reforma sanitaria. Por otro lado, si bien en la Enfermería hemos iniciado un cambio importante, tenemos que dar respuesta a numerosas demandas sociales e incidir en las transformaciones del sistema.

CARACTERÍSTICAS DE LA TRANSICIÓN DE LA ENFERMERÍA EN ESPAÑA

Si decimos que la profesión de Enfermería en nuestro país se halla en una etapa de transición, todos estaremos de acuerdo. Si añadimos que además queremos que constituya un elemento de cambio, quizás no todos entendamos la misma cosa; en mayo de 1978 este era el lema de las Jornadas de Enfermería que se celebraron en Valencia, Asturias, Sevilla y Zaragoza: "LA ENFERMERÍA, ELEMENTO DE CAMBIO". Pasados dos años no hemos caminado todo lo rápido que entonces deseamos. Algunos de los puntos que a continuación se exponen pueden ser la causa de esta lenta marcha que no siempre es tan lenta, sobre todo cuando los que la analizan son de fuera de nuestra profesión.

1. Unificación colegial. Fue una de las principales, junto con las Escuelas Universitarias, reivindicaciones de los profesionales. El proceso de unificación fue, en ocasiones, duro, y siempre lleno de dificultades. Las diferencias históricas entre las tres secciones todavía pesan en algunos sectores, que se obstinan en un retorno al pasado y al poder sin ofrecer alternativas atractivas ni de progreso.

Buscar puntos de aglutinación siempre ha sido una de nuestras principales preocupaciones, y, aunque parezca irrisorio, en el año 1980 la no discriminación por sexos es hoy una reivindicación de nuestra profesión. Otro de los puntos de confluencia ha sido el económico.

2. Consolidación de la organización colegial. Mejorar la infraestructura fue un objetivo inmediato, había que renovar los locales, arbitrar medidas burocráticas más ágiles. Conocer las expectativas de los colegiados. Crear nuevas formas participativas, renovar los estatutos, realizar jornadas, congresos, etc.

3. Aparición de nuevas asociaciones profesionales, además de las más antiguas,

como las de Fisioterapia, Podología, Urología; han ido apareciendo otras como las de Endocrino, Docente, Neurología...

Una característica de este momento es que existe una dispersión de energías en cierto modo. No quiero con esto decir que me oponga al desarrollo de las mismas, sino que opino que no se han establecido relaciones entre éstas y la organización colegial, para mejor aprovechamiento de recursos.

Si el principal objetivo de las asociaciones es el de mejorar el nivel científico de sus asociados y éste coincide con uno de los objetivos de la organización colegial, parece oportuno que se establecieran relaciones de trabajo permanente a este fin, así como para mejor conocer los intereses de los diferentes sectores profesionales que en una profesión que tan amplias áreas de la sociedad abarca, sin duda existen.

4. Deseo de independencia de algunos sectores profesionales, manifestado desde hace tiempo, tomando como referencia las directrices de otros países. Las argumentaciones se han expuesto con claridad y el debate se viene realizando desde hace varios años. Esperemos que el resultado sea el más adecuado para la sociedad, a la cual siempre debemos servir.

5. Búsqueda de identidad. Las escuelas de Enfermería son un hecho consumado que está a punto de cumplir su tercer año. ¿Son los futuros profesionales los Diplomados en Enfermería, lo que nosotros esperábamos que fuesen? Es posible que haya varias respuestas a esta pregunta, ya que el concepto de profesión de Enfermería no es homogéneo entre nosotros.

Tenemos el status que nos proporciona el hecho de ser universitarios, pero todavía no hemos clarificado nuestro papel en este cambio. Esto nos lleva a la necesaria DEFINICIÓN DE PRINCIPIOS y a su expresión jurídica el ESTATUTO DE FUNCIONES o LEY DE ENFERMERÍA. Realizar un anteproyecto, someterlo a debate, iniciar su trámite legal y de discusión en Cortes nos urge, y desde aquí emplazamos al Consejo General para que trabaje aceleradamente en este punto.

6. Incorporación al movimiento internacional. Búsqueda de bases científicas. Hemos incorporado palabras, conceptos, metodologías. Tenemos metas comunes a nivel mundial.

Se sabe que el desarrollo de la Enfermería guarda relación con los recursos que cada país tiene. En los países en vías de desarrollo Enfermería ocupa puestos claves en los servicios de Salud. En los países desarrollados, hay diferencias de unos a otros. Es en Europa donde las tradiciones pesan y el desarrollo de la Medicina ha seguido derroteros no siempre acordes con la demanda social —saturación de médicos en las ciudades, la curación antes que la prevención— incluso el exceso de médicos está influenciando en el desarrollo de la Enfermería, mirando el cambio con reservas por la posible competitividad, a nuestro juicio injustificada, como se demuestra cuando nuestros compañeros de equipo sanitario analizan el cambio de la Enfermería en detalle.

7. Conocimiento de la propia historia. Se está produciendo un auge de interés por los trabajos históricos, cosa que desde aquí adelantamos para que se analice en profundidad nuestro pasado histórico, sus raíces sociales, el grado de autonomía, el cambio de nominaciones... que nos servirán para comprender el presente y proyectar el futuro sin temores.

Todos estos puntos y otros ya citados en días pasados, como nuestro espacio dentro del sistema de personal de Salud, expuesto por Teresa Piulach, la crisis económica que afecta a las prestaciones de Salud, la situación de cambio político de nuestro país y otros temas pendientes, como la reivindicación económica de reconocimiento de técnicos de grado medio en Seguridad Social (1), la convalidación académica, la

(1) El reconocimiento se consiguió para los funcionarios en 1978. Existe además la disposición del 15 de junio de 1978 que reconoce nuestra condición de técnicos de grado medio en Seguridad Social. Es por ello por lo que estamos cargados de razón para solicitar el reconocimiento efectivo, es decir, la retribución económica.

(1) En diciembre de 1980, han aparecido los decretos que desarrollan la creación de las Escuelas Universitarias de Podología y Fisioterapia.

planificación de las especialidades, son factores que se interrelacionan unos con otros con resultados bloqueantes en ocasiones que nos crean un estado de ánimo bajo; dicho de otra manera, que nos hacen dudar del cambio. Esto cuando se utiliza de forma demagógica, por quienes no lo han comprendido, o no lo han asumido, o porque va en contra de sus intereses personales.

Sin embargo, han sido necesarios veinticinco años para iniciar esta discusión, para demostrar que existimos y que tenemos cosas que decir y hacer.

UN PROYECTO DE PROGRAMA DE ACCION

Cualquier programa de acción debe contemplar:

- Una definición de principios.
- Un listado de problemas jerarquizado.
- Soluciones en diferentes plazos de tiempo.
- Las estrategias para conseguirlo, según recursos.
- Desde qué instituciones debe realizarse.
- Quiénes van a participar.

Han transcurrido varios años desde que iniciamos el último cambio profesional, nos encontramos en una situación de "impasse" que nos impide avanzar con la rapidez y eficacia que el momento exige.

Algunos de los factores del cambio los he tocado anteriormente y están siendo decisivos en el desarrollo de esta etapa.

Los puntos arriba indicados que a continuación voy a desarrollar creo que contemplarán el conjunto de temas en cualquier programa de acción que se quiera abordar.

Definición de principios: Corresponde a las diferentes organizaciones profesionales que se hallan en nuestro colectivo profesional definir sus principios básicos profesionales. Deben ser *todas* las organizaciones las que deben definirse, para poder iniciar el proceso de clarificación de una manera racional y comprometida.

Sabemos que hay diferentes maneras de ver la profesión de Enfermería, grupos profesionales que han solicitado una separación, ahora dudan de ello; es claro que tantos años de separación institucional y educativa han creado diferencias de criterio que sólo una discusión razonada y comprometida pueden ir limando a lo largo del tiempo. Estas diferencias hacen que nuestro máximo representante, el Consejo General, cambio tras cambio, siga sin definir sus objetivos, y cuando tímidamente lo hace (1) resulta ineficaz a la hora de ponerlo en práctica, por las resistencias que se encuentra e incluso por la falta de credibilidad de sus componentes o por la personalización de los mismos.

Mi propuesta, por lo tanto, sería realizar ese proceso de discusión, a iniciativa del Consejo General, pidiendo a todas las asociaciones profesionales (fisioterapeutas, podología, urología, pediatría, docentes...) qué política defienden de cara a sus asociados y qué puntos de conexión ven con el resto de profesionales.

Tras esta primera fase, se realizaría un amplio debate a la base, y en función de resultados saldría la resolución conjunta de puntos de acuerdo, para iniciar el trabajo con carácter inmediato.

Listado de problemas jerarquizado: Para llegar a él podría utilizarse el proceso anterior, de consulta a todos los grupos profesionales. Posiblemente saldrían dos bloques de problemas: 1. Los de carácter general, retribución, funciones... 2. Los de carácter específico, que de forma conjunta deberán resolver colegios y asociaciones.

(1) Ver programa de trabajo del Consejo General realizado en 1980.

Soluciones en diferentes plazos de tiempo: Es obvio que cualquier organización se plantea diferentes plazos de tiempo para alcanzar las metas que se ha propuesto. Estos plazos deben quedar recogidos en el documento de definición de principios.

Estrategias para conseguirlo: Este quizás sea el punto más difícil para llegar a un acuerdo; sin embargo, es necesario no desperdiciar más energías ni tiempo y utilizar todos los recursos legales, políticos, de alianzas que sean necesarios. Vivimos en una sociedad democrática y, por lo tanto, debemos utilizar todos los recursos que la misma nos ofrece, tratando de salvar en todo momento las medidas de presión que únicamente perjudican al usuario.

Desde qué instituciones debe realizarse: Es claro que la iniciativa corresponde al Consejo General, que además debe cumplir un papel de aglutinador, coordinador e impulsor del desarrollo de programa.

Quiénes van a participar: El programa debe contemplar diferentes aspectos de la profesión: educativos, retributivos, legales, de condiciones de trabajo, de puestos de trabajo, organizativos... Por lo tanto, partiendo del principio de la máxima participación posible, a diferentes niveles podrán participar profesionales de las diferentes instituciones e instituciones como tales. Esto exige naturalmente conseguir niveles de participación que los ahora existentes, que son en parte puntos del programa y a la vez requisitos para el desarrollo del mismo.

Entre los requisitos de participación más urgentes se hallan:

Participación en los órganos de Gestión Ministerial, tanto a nivel de Ministerio de Sanidad, como de Educación. Necesarios para resolver problemas de: planificación de la Enfermería intra-hospitalaria, de coordinación de programas docentes, de convalidaciones, de formación permanente, de estudio de recursos, etc.

Participación en las instituciones de las comunidades autónomas y preautónomas (1), desde las cuales se están ya realizando importantes tareas de coordinación y racionalización de recursos por colegios nuestros.

Plena participación en los órganos de gestión de: hospitales, clínicas, escuelas, hoy lograda en condiciones escasas de poder ejecutivo, o confusas en la práctica.

Es a partir de que se inicie este proceso clarificador, cuando los profesionales comenzarán a tener una actitud de confianza y participación.

Los puntos del programa de acción que he expuesto han sido realizados por algunos colegios en estos años inmediatamente pasados, como por ejemplo se pueden estudiar los programas presentados a las elecciones colegiales, los recogen, en Madrid 77, 78 y 80, Valencia, Barcelona, Pontevedra, Valladolid y otros muchos. Algunos iniciaron acciones con los sindicatos cuando se trataba de temas retributivos (2) y si leemos las revistas de estos años veremos que de forma periódica se recogen los pasos que se han dado o se van a dar para solucionar una u otra cosa. Sin embargo, a mi juicio, han sucedido dos grandes constantes:

(1) En Cataluña y Euskadi, donde tenemos enfermeras trabajando dentro de los órganos del gobierno autonómico, es donde se han conseguido algunas mejoras, sobre todo a nivel de atención primaria.

(2) En las negociaciones de 1978, cuando se logró en Decreto de febrero de 1979, estuvieron presentes Marcelino Camacho, de CC.OO. y Ciriaco de Vicente, diputado del PSOE, sindicatos que apoyan esta reivindicación.