

***XVI JORNADAS DE INTERRELACIÓN
DE ENFERMERÍA***

INTERRELACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE LA
NUEVA POBLACIÓN MULTICULTURAL

MONÓVAR - 18 Y 19 DE MAYO DE 2005

Edita: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)
Imprime: Gráficas Estilo - Alicante
Distribuye: IMTEXMA - Alicante.
Depósito Legal: A-428-2005

ÍNDICE

Saluda Alcalde de Monovar	7
Saluda Presidente del CECOVA	9
Saluda Comité Organizador	11
Comité de Honor	13
Comité Organizador	15
Comité Científico	17
Objetivos	19
Programa	21
Comunicaciones a la Ponencia I	25
Mesa I	73
Comunicaciones a la Mesa I	81
Mesa II	113
Comunicaciones a la Mesa II	133
Ponencia II	175
Comunicaciones a la Ponencia II	187
Poster (en total 3 póster)	211
Colaboradores	220

**SALUDA A LAS XVI JORNADAS
DE INTERRELACIÓN Y ENFERMERÍA**



El M.I. Ayto. de Monóver, es consciente de la importancia de la salud de nuestros conciudadanos, y por ello cada año promueve la organización de la Semana de la Salud, como medio de formación sanitaria para concienciar a la población de nuestro municipio de la importancia de la prevención sanitaria.

Es para mí un motivo de satisfacción, poder dirigirme a los profesionales de la enfermería, que en el marco de nuestro evento, se acercan a nosotros con la organización de las XVI Jornadas de Interrelación y Enfermería del Medio y Alto Vinalopó.

Por ello, desde estas líneas deseo expresar mi satisfacción personal y de mi corporación, ante el hecho de que un colectivo de profesionales, de tan elevada importancia para nuestra sociedad, hayan elegido nuestro municipio para intercambiar sus experiencias profesionales.

Aprovecho, también la ocasión para resaltar la labor del Colegio Oficial de Enfermería que ha propiciado la realización de este evento, y que trabaja en pro de la enfermería y su divulgación.

Sin más, deseando a los organizadores, los ponentes y los asistentes una feliz estancia en nuestro municipio, que nos visitáis en los próximos 17 a 18 de Mayo del presente, me despido de ustedes...

*En Monóver, a Mayo de 2005.
Alcalde-Presidente del M.I. Ayto. de Monóver.*



Fieles a su cita, un año más las Direcciones de Enfermería de Especializada y Primaria del Departamento de Salud 18, antes Área 17, han organizado sus tradicionales Jornadas de Interrelación, decanas en la Comunidad Valenciana, con la peculiaridad de que este año se celebran dentro de un nuevo marco organizacional en las estructuras sanitarias de nuestra comunidad que conlleva una coordinación diferente que ha influido de forma positiva en la preparación de las mismas. Mi enhorabuena a los responsables de ello ya que lo considero muy beneficioso para toda la Enfermería de este departamento.

En la presente edición la temática elegida para estos días de debate y reflexión profesional no ha podido ser más acertada al tener como protagonista al creciente fenómeno de la población inmigrante.

Recientemente el Instituto Nacional de Estadística ha vuelto a dejar constancia de la importancia y alcance social de la inmigración, al hacer público los datos sobre la población extranjera que reside en la Comunidad Valenciana y que se sitúa de media en el 12,3% de la población total. Alicante, con el 18,5% de extranjeros (319.208 personas) no solo es la provincia de la comunidad con la mayor proporción de inmigrantes sino que también esta a la cabeza a nivel nacional. Reino Unido, Alemania, Marruecos, Colombia y Argentina constituyen las nacionalidades con mayor presencia en nuestra provincia.

El fenómeno de la inmigración que se viene produciendo en los últimos años en España esta condicionando muchos aspectos la atención sanitaria que se presta en nuestro país, ya que esta dando lugar a importantes cambios sociodemográficos que condicionaran en el futuro, ya lo están haciendo, todos los ámbitos productivos de la sociedad.

El pasado mes de Abril con motivo de la celebración del Día Mundial de la Salud, bajo el lema “Cada madre y cada niño contarán”, la Dirección General de Salud Pública de la Comunidad Valenciana ha publicado unos datos en los que se ponía de relieve la influencia que la inmigración está teniendo en las tasas de fecundidad y natalidad de nuestra comunidad.

En la Comunidad Valenciana, los nacimientos de madre extranjera han pasado de representar un 4% en 2000 a suponer el 13% en 2003, lo que ha tenido su influencia en cuanto a las tasas de natalidad en la Comunidad Valenciana consiguiendo elevar el número medio de hijos por mujer situándolo en 1,28 hijo por mujer en 2002.

Este fenómeno de la inmigración lleva aparejado la necesidad de una revisión de la atención que se presta por parte de los profesionales de enfermería para adecuarla a esta realidad multicultural que nos toca vivir y que no tiene marcha atrás en este mundo cada vez más globalizado. Todos somos conscientes de la gran influencia que la cultura tiene en el proceso salud-enfermedad de las personas, por lo que tanto instituciones y centros sanitarios, así como sus profesionales debemos ser más permeables a esta situación que estamos viviendo y a la que no podemos darle la espalda.

En nombre del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana, reitero mi felicitación a los organizadores de estas XVI Jornadas de Interrelación de Enfermería por la pertinencia del lema elegido para la presente edición y les deseo que de su contenido científico y de los debates que se generen, puedan extraer unas conclusiones que ayuden a prestar una adecuada Atención de Enfermería en este contexto multicultural en el que se está situando la población a la que va dirigida nuestros cuidados. Si estos, están culturalmente adaptados, tienen mayores posibilidades de lograr unos resultados más óptimos.

Estoy convencido que todos los participantes, no solo van a enriquecer sus conocimientos profesionales, sino también los humanísticos y los valores que deben guiar cualquier actuación de Enfermería.

José Antonio Ávila Olivares
Presidente del CECOVA

En la Europa contemporánea y ante la perspectiva de la llegada continua de inmigrantes, la interrelación cultural va a formar parte de la organización de la sociedad. La multiculturalidad debe involucrar ciudadanos de diferentes culturas en una convivencia armónica.

Todas las medidas destinadas a favorecer el entendimiento entre los diversos grupos y culturas deberían encaminarse a sentar las bases de una sociedad intercultural.

Los países europeos están enfrentando el desafío de tratar con un aumento considerable de inmigrantes. Estas personas pueden caer en una situación vulnerable fácilmente. Necesitan que sus derechos fundamentales, especialmente sus necesidades humanitarias como la salud, sean garantizadas por las sociedades europeas.

En estas XVI Jornadas consideramos importante conocer desde una perspectiva global cuales son los cuidados de salud de las diferentes culturas que forman parte de nuestra población en el Area 17 y analizar sus demandas de salud y las respuestas que ofrece el Sistema Sanitario.

Conviene también determinar las principales dificultades que estas personas presentan a la hora de acceder al Sistema Sanitario.

La atención sanitaria debe considerar y valorar a cada individuo en su contexto biopsicosocial, que en el caso del inmigrante incluye la situación personal y familiar, de relación con la sociedad que los acoge y los aspectos culturales.

Es fundamental saber en primera persona, cuales son sus necesidades percibidas y las expectativas de cuidados satisfechas/insatisfechas, ello ayudará a que los profesionales de Enfermería puedan ofrecer cuidados de salud con la máxima garantía de calidad a la nueva población multicultural.

COMITÉ ORGANIZADOR

COMITÉ DE HONOR

Honorable Sr. D. Vicente Rambla Momplet
Conseller de Sanidad de la Comunidad Valenciana

Ilmo. Sr. D. Salvador Poveda Bernabé
Alcalde del Excmo. Ayuntamiento de Monóvar

Ilma. Sra. Dña. Desirée Bellot Molera
Concejala de Servicios Sociales, Sanidad y Educación
Excmo. Ayuntamiento de Monóvar

Ilmo. Sr. D. Manuel Cervera Taulet
Secretario Autonómico de Sanidad de la Consellería de Sanidad

Ilmo. Sr. D. José Joaquín Ripoll Serrano
Presidente de la Exma. Diputación Provincial de Alicante

Ilmo. Sr. D. Manuel Escolano Puig
Director General Salud Pública

Ilmo. Sr. D. José Antonio Avila Olivares
Presidente del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana

Ilma. Sra. Dña. Belén Payá Pérez
Presidenta Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Alicante

Ilma. Sra. Dña. Loreto Maciá Soler
Directora de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Alicante

Ilmo. Sr. D. Eugenio Luis Tejerina Botella
Director de la Escuela Valenciana de Estudios de la Salud
Sr. D. José Vicente García García
Director Territorial de la Consellería de Sanidad en Alicante

Sr. D. Antonio Blasco Peñango
Director de Atención Especializada
Area de Salud 17

Sra. Dña. M^a José Martínez Bernabé
Directora Asistencia Especializada
Area de Salud 17

Sr. D. Victor Pedrera Carbonell
Director Atención Primaria
Area de Salud 17

Sra. Dña. M^a del Remedio Yañez Motos
Directora de Enfermería de Atención Primaria
Area de Salud 17

Sr. D. Juan Molina Navarro
Director Salud Pública Elda

COMITÉ ORGANIZADOR

PRESIDENTA

Dña. M^a José Martínez Bernabé

Directora de Enfermería Asistencia Especializada Area 17

SECRETARÍA

Dña. Elena Ferrer Hernández

Responsable de Docencia, Dirección de Enfermería. Hospital General de Elda

VOCALES

D. Pablo Martínez Cánovas	<i>Centro Salud Acacias</i>
Dña. Remedios Carrasco Tortosa	<i>Centro Especialidades Elda</i>
D. Manuel Gómez Llopis	<i>Centro Salud Hondón de las Nieves</i>
D. Rafael Cecilia Canales	<i>Urgencias Hospital General de Elda</i>
D. Pedro Luis López Llorens	<i>Admisión Hospital General de Elda</i>
Dña. Elisa Gómez Díaz	<i>Traumatología H. General de Elda</i>
D. Francisco Olcina Perales	<i>UCI Hospital General de Elda</i>
Dña. Francisca Pérez Sánchez	<i>Centro Salud Villena</i>
Dña. M ^a Antonia Torres Rodríguez	<i>Centro Salud Villena</i>
Dña. Ginesa Lagunas Navidad	<i>Ginecología Hospital General de Elda</i>
Dña. M ^a Luz Ruescas Rubio	<i>Urgencias Hospital General de Elda</i>
D. Alejandro Cremades Bernabeu	<i>Centro Salud Pública Elda</i>
Dña. Carmen P. Nieto Pedraza	<i>Centro Salud Biar</i>
Dña. M ^a José Esteve Romero	<i>Centro Sanitario Integrado Villena</i>
D. Miguel Richart Pérez	<i>Centro Salud Monóvar</i>
Dña. M ^a Dolores Pastor Linares	<i>Centro Salud Novelda</i>

COMITÉ CIENTIFICO

PRESIDENTA

Dña. M^a Del Remedio Yañez Motos

Directora de Enfermería de Atención Primaria Area 17

VOCALES

D. Ricardo Martín Peñalver

Enfermero de Pediatría Hospital General Universitario de Elche

Vocal del Colegio Oficial de Enfermería de Alicante

Profesor de Enfermería, Universidad Cardenal Herrera CEU (Elche)

Licenciado en Antropología

D. Antonio Peña Rodríguez

Supervisor de Enfermería Docencia Hospital General Universitario de Elche

Profesor Asociado, E. Universitaria de Enfermería Universidad de Alicante

Profesor de Enfermería, Universidad Cardenal Herrera CEU (Elche)

Dña. Silvia Delgado García

Enfermera Responsable SAIP, Atención Primaria Area 17

Dña. M^a del Mar Luri Prieto

Enfermera de Nefrología, Hospital General de Elda

Licenciada en Psicología

Dña. Sonia Rodríguez Martínez

Enfermera Salud Pública Area 17

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar las necesidades de cuidados de las personas con diferentes culturas en el Area 17.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Conocer los cuidados de salud específicos de cada cultura.

Analizar las demandas de salud y valorar las respuestas que ofrece el Sistema Sanitario para adaptarse a la nueva población multicultural.

Determinar las principales dificultades para acceder al Sistema Sanitario.

Saber cuales son las necesidades percibidas y las expectativas de cuidados satisfechas/insatisfechas.

PROGRAMA

09:00 h. Entrega de documentación

09:30 h. Acto inaugural

10:00 h. 1ª. PONENCIA

Cuidados de salud en las diferentes culturas

Ponente: Sra. Dña. Mercedes Jabardo Velasco

Doctora en Antropología, Profesora de la Universidad Miguel Hernández (Elche)

Moderadora: Sra. Dña. Mercedes Nuñez del Castillo

Enfermera Asistencial Hospital Universitario San Juan de Alicante. Licenciada en Antropología. Profesora Asociada Departamento de Enfermería. E.U.E. Alicante.

11:00 h. Coloquio

11:30 h. Café

12:00 h. Comunicaciones a la PONENCIA y comunicaciones libres

13:15 h. Coloquio

14:00 h. Comida

16:00 h. MESA REDONDA

Demandas y respuestas entre las diferentes culturas y el Sistema Sanitario Español

Ponentes: Ilma. Sra. D^a María Lina Insa Rico

Directora General de Inmigración de la Consellería de Bienestar Social de la Generalitat Valenciana

Sr. D. José Antonio Ávila Olivares

Presidente del CECOVA, Secretario del Colegio Oficial de Enfermería de Alicante.

Sra. D^a Isabel Casabona Martínez

Supervisora de Enfermería UCI-Urgencias Clínica Vistahermosa (Alicante), Licenciada en Antropología, Profesora Asociada del Departamento de Enfermería, EUE Universidad de Alicante

Sra. Dña. Ana M^a Vivas Brosetas

Enfermera Centro Salud Faura (Valencia)

Moderadora: Sra. Dña. Magdalena Blanco Portillo

Licenciada en Psicología, Especialista Universitario en Drogodependencias, Coordinadora de la Unidad de Prevención Comunitaria de la Fundación AEPA Novelda.

17:30 h. Coloquio

18:00 h. Pausa - Café

18:30 h. Comunicaciones a la MESA REDONDA y comunicaciones libres.

19:15 h. Coloquio

19:30 h. Visita a la CASA MUSEO AZORIN

20:00 h. Vino de Honor ofrecido por el Exmo. Ayuntamiento de Monóvar

Jueves 19 de Mayo de 2005

09:30 h. Discusión de Posters

Moderadora: Sra. Dña. M^a José Esteve Romero
Enfermera del Centro Sanitario Integrado de Villena

10:00 h. 2^a MESA.

Primeras demandas y barreras de acceso de los servicios de salud

Ponente: Sra Dña. María Catalina Hernández Aznar
Trabajadora Social Centro Salud Villena
Sr. D. Ramón Pedro Asensi Aracil
Abogado Especialista en Derecho de Extranjería

Moderadora: Sra. Dña. Adela Huertas Mazón
Enfermera Centro Salud de Novelda

11:00 h. Coloquio

11:30 h. Pausa Café

12:00 h. Comunicaciones a la PONENCIA y comunicaciones libres

13:15 h. Coloquio

14:00 h. Comida

16:00 h. 2^a PONENCIA

Necesidades percibidas y expectativas de cuidados

Ponente: Sra. Olga Dudar
Enfermera Educadora en el Programa Viviendas Tuteladas Fundación Alicante
Acoge

Moderadora: Sra. Dña. M^a Angeles Palanca Hernández

Supervisora de Enfermería de Medicina Interna. Hospital General de Elda

17:00 h. Coloquio

17:30 h. Pausa - Café

18:00 h. Comunicaciones a la PONENCIA y Comunicaciones libres

19:15 h. Coloquio.

19:45 h. Entrega de premios

- Mejor Comunicación
- Mejor Poster
- Mejor Comunicación y Poster, otorga en Formación el Colegio Oficial de Enfermería de Alicante
- IX Premio Lucentum de Enfermería.
- Premio Periodístico de Enfermería Area 17. Colegio Oficial de Enfermería Alicante
- Premio de Fotografía “Cuidados de Salud”

20:00 h. Clausura de las Jornadas

COMUNICACIONES A LA PONENCIA I

LA ENFERMERÍA EN LA ESCUELA EN UN CAMPAMENTO DE REFUGIADOS

Belén Estevan*, Oscar Galán*, Emilio Sánchez*, Elena Ferrer**

**Cooperantes de la Asociación Villena con el Pueblo Saharaui (Desierto la Hamada)*

***Enfermera, Profesora E.U.E. Universidad de Alicante*

INTRODUCCIÓN

Los campamentos de refugiados se encuentran en la parte occidental del desierto argelino, cercanos a la frontera entre Argelia y el Sahara occidental. Esta zona presenta las temperaturas mas altas del planeta, pudiendo llegar a superar en verano los 50°. Las lluvias son muy escasas (Max 80 L/M por año), presentándose una o dos veces al año en un periodo muy corto pero torrencial, consiguiendo dañar seriamente las precarias viviendas construidas con ladrillo de adobe.

El sistema Político existente es una REPUBLICA DEMOCRATA. Teniendo como Presidente electo de la República a Mohamed Abdelazid (Licenciado en Derecho). La población en los campamentos se sitúa en unos 250.000 habitantes. La esperanza de vida es de 66 años para el hombre y de 72 para la mujer. El 45% de dicha población son niños.

La media de nacimientos es de 5-6 de hijos por familia. El número de abortos y de mortandad infantil es muy elevado. El estatus social esta valorado por orden: el anciano, el adulto varón, las mujeres y los niños.

Las casas están construidas con ladrillo de adobe, las personas duermen en el suelo en alfombras ya que pocas personas disponen de colchones. Existen escasas medidas de higiene, precariedad de medios, falta de educación y planificación sanitaria.

La economía del país esta condicionada a las ayudas humanitarias. Los Saharahuis que viven en distintos países del mundo, así como familias acogedoras de niños, ayudan económicamente a sus familias respectivas.

El Comité de Salud enfoca la mayor parte de la atención hacia la prevención, aunque la escasez de recursos económicos limita fuertemente los resultados de

esta política sanitaria. Un cierto número de estudiantes ha sido preparado en el extranjero (principalmente en Cuba) para ser enfermeros, médicos, maestros, auxiliares de farmacia, auxiliares de veterinaria y técnicos de agricultura, telecomunicaciones u optometristas.

Las revisiones de salud de los niños que vienen de acogida a España se realizan dentro del programa Vacaciones en Paz (Visita al pediatra, para derivar al Odontólogo, Oftalmólogo, Otorrino. Se realizan analíticas, radiografías, exploración general).

Los déficit, carencia, dificultad de cambiar la cultura del país, lugar marginado de los niños nos impulso a poner en marcha este programa

OBJETIVOS

Detectar problemas de salud y elevar el nivel de salud en los niños de los campamentos saharauis.

MATERIAL Y METODO

Desarrollo de un programa en donde se realiza un estudio sobre el estado de salud en los alumnos de la Escuela WALDA MOHAMED en Meyerk (AUS-SERD).

La población a estudiar es de 820 niños, comprendidos en los cursos de 1º a 6º de primaria y siendo sus edades de 6 a 12 años, 20 niños de 0 a 3 años y 30 de 13 años del último curso.

Se realizaron exploraciones para valorar los problemas de salud que presentaban los niños.

Elaboración de listados para derivar a centros sanitarios propios, comisiones sanitarias cooperantes, evacuación a España para exámenes más específicos e intervenciones.

Realización de test para recogida de datos, evaluación de la situación y programación de nuevos proyectos: nutricionales, conocimientos higiénico sanitario y charlas de educación para la salud a alumnos, profesores y familias.

RESULTADOS

La Atención Primaria no esta totalmente desarrollada.

El agua es un foco de contaminación.

Recursos limitados, en algunas escuelas no tienen pupitres los niños escriben en el suelo.

El 30% de la población infantil no disponía de ropa de invierno.

En la inspección ocular: 75% presentaron higiene deficitaria, 20 % aceptable y 5% buena. Cuatro de los cursos inferiores presentaron casos de sarna.

El peso y talla ligeramente inferiores a los considerados normales en España.

La obesidad femenina comienza a presentarse a los 15 años como media, no se han detectado casos de obesidad masculina. Es probable que el 40% tenga anemia.

Patología ocular: el 15% de los niños presentaron miopía, solo el 2% tiene gafas.

Patologías ORL: 2 cursos presentaron otitis en un 80% de los alumnos, higiene muy deficitaria. El 10% de los niños presentaron baja audición. Un 40% tenía faringitis, amigdalitis. El 45% presentaban adenopatías.

Patologías odontológicas: en los últimos cursos se detecta 85% fluorosis, 80% caries con pérdidas dentales, el 20% precisa tratamiento ortodóncicos.

Revisión cardio-respiratoria: 10 casos de cardiopatías confirmadas posteriormente

Patología digestiva: El 50% de la población estudiada tenía parasitosis intestinal, 20% presentaron cuadro de estreñimiento, 15 alumnos habían padecido hepatitis A y/o B.

Patología genitourinaria: los niños son circuncidados, alguna infección urinaria inespecífica.

Patología musculoesquelético: 20 casos de escoliosis, 10 casos con dolores osteoarticulares.

Estudio de sicomotricidad: sólo un 20% presenta un resultado correcto en pruebas de equilibrio, sincronización y coordinación.

Test nutricional: (madres y alumnos) los miembros de la familia comen por separado, los ancianos son los más beneficiarios, los niños son los últimos. La higiene es deficitaria: comen con las manos, utilizan la melfa para todo siendo un vehículo de transmisión de enfermedades. Los alimentos y enseres no son protegidos de polvo y la s moscas. Los alimentos que sobran son introducidos de

nuevo en los recipientes comunes. La alimentación básica en los niños se compone de arroz y pan, lentejas, alubias, pasta y patatas. La leche, fruta, verduras son escasos. El menú mejora cuando la familia es visitada por familias acogedoras o cooperantes.

CONCLUSIONES

Déficit de higiene, déficit de educación sanitaria, unido a los recursos limitados y la falta de funcionamiento de la Atención Primaria y preventiva aparecen problemas de salud considerables: (OFT, ORL, DIGESTIVOS (OBESIDAD), CARDIOLOGICOS, PSICOMOTRICIDAD)

Estos resultados han servido para que distintas asociaciones se conciencien y vayan aumentando el número de programas nutricionales dirigidos a la infancia.

Protocolizar a los niños y sensibilizar a las familias de acogida en España de los tratamientos a seguir en su país.

Crear un puente de comunicación con los padres y atención sanitaria secundaria y poder enlazar los dos niveles.

Los resultados concluyentes esperamos obtenerlos cuando los niños crezcan y se observe la mejoría de salud.

Agradecimientos al Ministro de Educación Bachir Mustafa Sayer,
Director de Educación de la Wilaya, directora y profesores del centro.

Financiado por la Asociación Villena con el Pueblo Saharaui
(Desierto la Hamada) y el Ayuntamiento.

**AUTO EFICACIA PERCIBIDA
EN LA ATENCIÓN AL INMIGRANTE**

César Rico, Vicente Carrasco, Pedro Samper, Beatriz Serrano, Lucia Climent

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, si tratamos de definir que es lo que nos resulta exótico o ajeno a nuestra cultura podemos encontrarnos que no necesariamente lo proveniente del otro extremo del planeta tiene porque ser exótico. Todo lo que no se encuentre muy próximo a nuestra realidad cultural nos puede resultar exótico aunque se encuentre conviviendo con nosotros (1). La comunicación entre personas es siempre un reto, un desafío. No hay mundos mas distantes que los de dos personas que no desean entenderse. Cuanto menos características comunes se reconozcan los comunicadores, mayor dificultad tendrán para lograr entenderse.

Dentro del entorno de la atención sanitaria, es básica la interacción entre el cuidador y la persona cuidada. Dicha interacción nunca es sencilla, toda barrera cultural que se levante acaba por convertirse en muros infranqueables que deterioran la comunicación hasta el punto de poder hacerla imposible. Para que esto no acontezca, se hace imprescindible una formación adecuada de las personas que se dedican al cuidado de la salud (2)(3). Aunque esta formación sea importante, sin la debida sensibilización se torna insuficiente para lograr el objetivo de dar el salto que salve la barrera cultural. Para lograr desarrollar estas actitudes de atención cultural en las personas que trabajan en la atención sanitaria, son importantes la formación pero tanto o más que ésta son la madurez personal y profesional que hacen posible vencer la natural timidez inicial que aparece cuando nos enfrentamos ante un reto al cual no estamos acostumbrados (4). Entenderemos esta sensibilidad cultural como aquella disposición hacia los individuos con una cultura diferente a la nuestra que nos mueve a desarrollar habilidades de comunicación interpersonal y promueva el respeto, la confianza y la aceptación. (5). Si tuviéramos que enumerar cuáles son los requisitos necesarios que garanticen una atención sanitaria culturalmente eficiente, serían: compromiso con la aten-

ción transcultural, autoconciencia cultural que garantice el respeto por las culturas de origen de las personas que atendemos y un continuo entrenamiento acerca de los procesos de enculturación (6).

Desde la disciplina de enfermería está siendo interesante el estudio de ese punto de encuentro cultural y la búsqueda de herramientas para afrontarlo sin que resulte un problema (7). Estos puntos de encuentro de distintas culturas en un espacio y tiempo (Cross-Cultural) unidos por unas voluntades: la voluntad de ser atendido y la de atender, se convierten en la antesala de la atención transcultural (8).

La enfermería transcultural y los cuidados de salud culturalmente competentes son conceptos que se desarrollan paralelamente, ambos necesitan de la visión holística del mundo que tanto se recalca desde la disciplina enfermera. Hablamos de una revolución en la forma de pensamiento del personal que provee cuidados de salud, haciendo que hasta las acciones con la más alta tecnología puedan ser reinterpretadas, alejándose de las actitudes impersonales y acercándose a actitudes respetuosas con las diversidades culturales. Los frutos de esta acción no benefician exclusivamente a las personas a las que atienden, también los propios trabajadores sanitarios encuentran un beneficio en el crecimiento personal que les reporta. (9)

Una vez definida la importancia y la necesidad de ser culturalmente competente y definida la atención transcultural, hay que preguntarse si existen modelos que nos acerquen e iluminen. Entre los existentes hay que destacar dos autores; Leininger que postula que todos los seres humanos nacen, crecen, mueren y esperan ser cuidados según una perspectiva cultural, y Purnell que como consecuencia de la aplicación de las teorías antropológicas, lingüísticas, psicológicas, biológicas, religiosas y situaciones derivadas de la práctica clínica, define la diversidad en función de características primarias y secundarias. (10). Dentro de las características primarias nos encontramos con la nacionalidad, el color de la piel, la edad, la raza, el género y la afiliación religiosa y entre las secundarias con el estado socioeconómico, creencias políticas, nivel de ocupación, residencia rural o urbana, orientación sexual, etc. Purnell representa su modelo como un círculo con un margen periférico que representa la sociedad global, un segundo margen que representa la comunidad, un tercer margen que representa la unidad

familiar y un último margen interno que representa a la persona. El círculo está dividido en doce cuñas-dominios culturales y sus conceptos. (11).

Definidos los modelos, cabría esperar una respuesta de los investigadores en ciencias de la salud y ciertamente se da. Se pueden encontrar numerosas publicaciones de distintos profesionales sanitarios que tienen como tema la atención a personas inmigrantes o de distintas culturas. Los temas que suelen tratar son: promoción de la salud, características sociodemográficas, los motivos de consulta de los inmigrantes, las dificultades relacionadas con el desconocimiento del idioma, los trastornos mentales de los inmigrantes, las dificultades que tienen distintos grupos de inmigrantes para acceder al sistema sanitario y sus vivencias de la salud /enfermedad. (12)(13) (14).

Todo ello nos devuelve al nivel de conocimiento intelectual o formativo, pero para encontrar las claves de lo necesario para que se den estos estudios que nos ayuden a profundizar en los cuidados transculturales, se hace imprescindible aplicar idéntico patrón de medida a los investigadores que el que hemos utilizado con los trabajadores sanitarios, es decir, sensibilidad por los cuidados culturalmente competentes. Encontrándose una relación entre ésta y la calidad desde la perspectiva transcultural de los artículos. (15)

Esta sensibilidad hacia el estudio de la atención en la diversidad cultural, se hace, si cabe, más relevante en la situación actual que vive España, debido a que en la última década está siendo elegida como país de destino de inmigrantes que vienen, bien en busca de trabajo y oportunidades, o en busca de un lugar donde vivir su última etapa de la vida. Esta llegada está suponiendo nuevos retos y preguntas: ¿qué piensan los inmigrantes sobre cómo son cuidados?, ¿qué piensan los cuidadores sobre el cuidado a inmigrantes?(16).

Un error frecuente de etnocentrismo es olvidar el contexto social y cultural en el que nos desenvolvemos y está claro que el personal que trabaja en la atención sanitaria vive dentro de un entorno social y cultural que le envuelve y se impregna de sus valores y creencias. El incremento en la recepción de inmigrantes está teniendo un impacto social con repercusiones en el ámbito político.

La entrada de inmigrantes con escasos recursos económicos genera una presión sobre los recursos públicos: sanidad, educación, vivienda social, servicios sociales. Esta presión evidencia la debilidad de nuestro estado de bienestar. Esta

presión es vivida por los sectores mas débiles de nuestra sociedad como una incremento en la competencia por los recursos sociales, al ver como sin que su situación socioeconómica mejore la cantidad de recursos que se les asigna disminuye por que aparece un grupo de población en situación de mayor necesidad que ellos. Esta situación, propicia que aparezcan problemas de convivencia, añadidos a los propios del choque cultural. La solución a esta situación, sería que en lugar de repartir lo ya existente, se incrementaran los recursos (17). Dentro de este marco, se encuentra la actuación del gobierno valenciano que fue pionero en la concesión de tarjetas solidarias para la asistencia sanitaria publica a inmigrantes. (18).

El incremento en el gasto público que puede generar el aumento de la población con derecho a percibir ayuda social, puede generar recelo en la población general, que percibe que puede repercutir en un déficit de la calidad de la atención que percibían y no como un enriquecimiento social por la diversidad cultural. Esto se refleja en encuestas del CIS, que encuentran que prácticamente uno de cada cuatro españoles cree que la inmigración es uno de los tres problemas mas importantes de España, por encima de la inseguridad ciudadana, la vivienda, la violencia contra la mujer, las pensiones. (19). Este incremento en la entrada de inmigrantes, junto con los cambios en los requisitos burocráticos para atenderlos, generan dentro de los profesionales de la salud cierto desconcierto y confusión sobre los documentos que son necesarios para atenderlos y cuales las prestaciones a las que tiene derecho los inmigrantes. Esto produce situaciones de duda y confusión que repercuten en el trabajo cotidiano y en la atención al inmigrante(20). Estas situaciones de confusión y dudas, en ocasiones terminan con episodios poco deseables, como fugas de pacientes antes del alta hospitalaria con el fin de eludir el desembolso económico. Situación con la que el trabajador medio del entorno sanitario no está acostumbrado a tratar. (21).

Toda esta problemática en torno a la atención de personas inmigrantes en el entorno de la provincia de Alicante y mas concretamente en el área el alto y medio Vinalopó, no puede justificarse por densidad de población inmigrante que según el Institut Valencià d'Estadística en el 2001 eran un total de 796 y 2.701 respectivamente. La clave, la podemos encontrar en el comportamiento de las cifras, que ha supuesto un incremento exponencial. Según la misma fuente ofi-

cial en 1997 la cifra de inmigrantes era de 80 en el Vinalopó medio y 27 en el alto Vinalopó.

Este crecimiento tan brusco hace que una presencia que pasaba desapercibida, deje de estarlo y pueda dar lugar a cambios en la percepción y en las actitudes hacia los inmigrantes. Estos cambios iniciales, o cambios tipo 1, no comportan cambios en las conductas o cambios 2 necesariamente, pero son importantes por lo que suponen cualitativamente respecto a las ideas hacia los inmigrantes. (22)

Si bien parece bastante común la creencia de que las personas que entran en el país en busca de empleo (algunos en situación irregular), son los que tenemos identificados como “inmigrantes” y se les ve como consumidores de recursos sociales y sanitarios incrementando el gasto en estas áreas, también lo es que existe otro grupo de personas que entran en el país de una manera mas regulada y con un mayor nivel de recursos económicos, no buscan trabajo sino bienestar, habitualmente los denominamos “residentes” y no los identificamos como consumidores de recursos. Este matiz hace pensar que el problema no es tanto de xenofobia, puesto que extranjeros son ambos grupos, sino de clasismo. En esta situación de clasismo, se distinguen distintas clases sociales dentro los inmigrantes que llegan y se discrimina a los que se les considera dentro de un nivel socioeconómico mas bajo que el nuestro. Generalmente esta discriminación no responde a criterios objetivos, suele identificarse subjetivamente, según se considere el país de origen como más o menos avanzada tecnológica y económicamente frente al nuestro.

Ateniéndonos a datos menos subjetivos, si miramos la edad media de los “inmigrantes” frente a la de los “residentes”, podemos deducir que el gasto sanitario dedicado a la atención de estos últimos tiene que ser mas elevado, debido a las patologías crónicas que este segundo grupo trae consigo asociadas a su edad (tercera y cuarta edad). Lo que deja como injustificable la discriminación que sufren los “inmigrantes” frente a los “residentes” (23).

Dejando esto así, se podría llegar a pensar que la inmigración no aporta nada a nuestra sociedad, aparte claro está, de la riqueza social derivada de la mezcla de razas y diversidad de cultural, dato que resulta difícilmente cuantificable desde el punto de vista económico. Para llegar a estos datos cuantitativos, se hace

necesario analizar variables como el PIB, tomando como datos las afiliaciones a la Seguridad Social, nos encontramos que en torno al 4% del PIB se deriva de la aportaciones de los inmigrantes (3.000 millones de _ aproximadamente). De este 4% el 0,22% se recoge en la provincia de Alicante a lo que se le sumaría las aportaciones al IRPF que sumarían aproximadamente 571 millones de euros (todas estas cifras referidas a datos del 2002). (24).

OBJETIVOS

- Detectar posibles actitudes negativas hacia los inmigrantes en la Sanidad Pública (Hospital de Elda)
- Identificar si existe prejuicio en la atención sanitaria hacia determinado grupo de inmigrantes.
- Determinar si existe mayor o menor nivel de motivación en la atención a inmigrantes en los distintos grupos profesionales

MATERIAL Y METODO

Para el presente estudio, nos planteamos pasar cuestionarios autocumplimentados a médicos, matronas, enfermeras y auxiliares de enfermería. Para elegir el cuestionario mas adecuado nos planteamos varias posibilidades:

1.- Cultural self-efficacy scale: cuestionario muy difundido en el mundo anglosajón y sobretodo en Estados Unidos. Pero, nos encontramos con dos inconvenientes: se trataba de una herramienta en ingles y su traducción aún no está validada, y además está diseñado sólo para enfermería.

2.- Escala de actitud ante la inmigración de enfermería: cuestionario que disponía de una validación preliminar, pero que se centraba en la enfermería, constaba de 39 items que se centraban en actitudes generales y nosotros queríamos conocer las actitudes dentro del ámbito de la asistencia hospitalaria. (25) (26).

Por lo que diseñamos un cuestionario ad hoc de doce itens mas datos personales autocumplimentado, con el que realizamos un pretest con una muestra perteneciente a la población general para aplicar las correcciones necesarias al mismo. Este cuestionario, se pasó de manera anónima por los servicios de: Neonatos, pediatría, partos, consultas externas de otorrino y oftalmología, traumatología, cirugía, urología urgencias y medicina interna. Valiéndonos para

hacerlos llegar de personas claves de cada servicio. Pasando un total de doce encuestas por servicio, encuestando a: médicos, enfermeros, matronas y auxiliares de enfermería.

Todos los datos de las encuestas fueron tabulados por las mismas personas con el fin de evitar sesgos en la interpretación de los datos de las preguntas abiertas.

El cuestionario que se pasó fue el siguiente:

Encuesta sobre atención al paciente inmigrante dirigida a profesionales sanitarios

Servicio:

Categoría Profesional:

Años trabajando en Sanidad: 0-5 años
 6-10 años
 Más de 10 años

Edad:

Sexo:

- 1. ¿Has visitado algún país extranjero en los últimos 5 años? ¿Cuál/es?**
- 2. ¿Tienes relación con Inmigrantes?. Indica cual.**
 Compañero de trabajo Empleado Vecino Amigo Familiar
 Ninguna Otras (especificar)
- 3. ¿Crees que la sanidad pública es utilizada de forma más correcta por los españoles o por los inmigrantes?**
 Españoles Inmigrantes Ninguno Ambos
- 4. ¿Qué grupo de inmigrantes es el más frecuente en tu servicio?**
 Africanos Asiáticos Europeos Suramericanos Todos Ninguno
- 5. ¿Con que grupo de inmigrantes te es más fácil trabajar?**
 Africanos Asiáticos Europeos Suramericanos Todos Ninguno

6. ¿Qué grupo se adapta mejor al servicio y cumple las normas?

Africanos Asiáticos Europeos Suramericanos Todos Ninguno

7. ¿Crees que el aumento de la inmigración aumenta el gasto sanitario?

Si No Indiferente

8. La cobertura sanitaria a la población inmigrante es:

Excesiva Demasiada Adecuada Insuficiente Muy deficiente

9. ¿Piensas que los recursos invertidos en asistencia sanitaria para inmigrantes van en detrimento de la población española?

Si No Indiferente

10. ¿Tu actitud es igual ante la asistencia a un inmigrante que ante quien que no lo es?

Si No Indiferente

11. ¿Conoces a algún Español que haya emigrado para trabajar fuera de España?

Si No

12. Enumera las características positivas de un inmigrante que te facilitan su atención

RESULTADOS

Tras analizar los datos, del total de 69 encuestas recopiladas, distribuidas de manera aleatoria a diferentes servicios, obtuvimos los siguientes porcentajes en los diferentes campos estudiados de la población encuestada:

1.-ENCUESTAS POR SERVICIO:

Urgencias, 11 encuestas, correspondiendo al 15.9%.

Obstetricia, 6 encuestas, correspondiendo al 8.7%.

Traumatología, 6 encuestas, correspondiendo al 8.7%.

Medicina interna, 16 encuestas, correspondiendo al 23.2%.
Pediatria, 10 encuestas, 14.5%.
Partos, 6 encuestas, 8.7%
Consultas externas, 2 encuestas, 2.9%
Cirugía / urología, 12 encuestas, correspondiendo al 17.4%.

2.- CATEGORÍAS PROFESIONALES:

Auxiliares, 22 encuestadas, siendo 31.9%.
Dues, 20 encuestados, siendo 29%.
Matrona, 3 encuestadas, siendo 4%.
Médicos, 24 encuestados, 34.8%.

3.- EDAD:

Entre 20-30, 13 encuestas, 19.7% del total.
Entre 31-40, 26 encuestas, 39.4%.
Entre 41-50, 21 encuestas, 31.8%.
Entre 51-60, 5 encuestas, 7.6%
Mas de 61 años, 1 encuesta, 1.5%
Casos perdidos, 3 suponiendo 4.3%.

4.- SEXO:

18 hombres encuestados, siendo 26.1%.
51 mujeres encuestadas, siendo 73.9%.

5.- AÑOS TRABAJADOS:

De 0 a 5 años, 12 encuestas, 12.4%.
De 6 a 10 años, 15 encuestas, 21,7%.
Mas de 10 años, 42 encuestas, 60.9%.

RESULTADOS OBTENIDOS EN LAS DISTINTAS PREGUNTAS FORMULADAS:

1.- Al pregunta, “Has visitado algún país extranjero en los últimos 5 años? ¿cuáles?”, se clasificaron las respuestas de la siguiente manera.:

No, 26 encuestas, siendo el 37,7%

Si, 43 encuestas, siendo el 62.3%. de estos los clasificamos por continentes encontrando que África obtuvo el 21%, América el 30.6%, Asia el 1.6 y Europa el 46.8%

2.- A la pregunta, “¿Tienes relación con inmigrantes?”, se obtuvieron los siguientes resultados:

Compañero de trabajo, 13 encuestas, que suponen 18,8%.

Empleado, 3 encuestas, siendo 4.3%.

Vecino, 12 encuestas, siendo 17.4%.

Amigo, 7 encuestas, siendo 10.1%.

Familiar, 2 encuestas, siendo 2.9%.

Ninguna, 29 encuestas, siendo 42%.

Otras, 2 encuestas, siendo 2.9%.

Casos perdidos, 1 encuesta, 1.4%.

3.- A la pregunta, “¿Crees que la sanidad publica es utilizada de forma mas correcta por los españoles o por los inmigrantes?”:

Español, 25 encuestas, 36.2%.

Inmigrantes, 2 encuestas, siendo 2.9%.

Ninguno, 26 encuestas, siendo 37.7%.

Ambos, 16 encuestas, siendo 23.2%.

4.- A la pregunta, “¿Que grupo de inmigrantes es el mas frecuente en tu servicio?”:

Africanos, 0 encuestas, dando 0%.

Asiáticos, 1 encuesta, dando 1.5% del porcentaje.

Europeos, 11 encuestas, dando 16.2% del porcentaje.

Sudamericanos, 49 encuestas, dando 72.1%.

Todos, 6 encuestas, dando 8.8% .

Ninguno, 1 encuesta, dando 1.5%.

Casos perdidos, 1 encuesta, 1.4%.

5.- A la pregunta, “¿Con que grupo de inmigrantes te es más fácil trabajar?”:

Africanos, 2 encuestas, dando 3%.

Asiáticos, 3 encuesta, dando 4.5% del porcentaje.

Europeos, 13 encuestas, dando 19.4% del porcentaje.

Sudamericanos, 33 encuestas, dando 49.3%.

Todos, 10 encuestas, dando 14.9% .

Ninguno, 6 encuesta, dando 9%.

Casos perdidos, 2 encuesta, 2.9%.

6.- A la pregunta, “¿Qué grupo se adapta mejor al servicio y cumple las normas?”:

Africanos, 3 encuestas, dando 4.5% del porcentaje.

Asiáticos, 4 encuesta, dando 6% del porcentaje.

Europeos, 24 encuestas, dando 35.8% del porcentaje.

Sudamericanos, 10 encuestas, dando 14.9%.

Todos, 18 encuestas, dando 26.9% .

Ninguno, 8 encuesta, dando 11.9%.

Casos perdidos, 2 encuesta, 2.9%.

7.- A la pregunta, “¿Crees que el aumento de la inmigración aumenta el gasto sanitario?”:

Si, 63 encuestas, correspondiendo al 91.3% del total.

No, 4 encuestas, correspondiendo al 5.8% del total.

Indiferente, 2 encuestas, correspondiendo al 2.9%.

8.- A la pregunta, “¿La cobertura sanitaria a la población inmigrante es?”:

Excesiva, 17 encuestas, siendo 24.6%.

Demasiada, 17 encuestas, siendo 24.6%.

Adecuada, 30 encuestas, siendo 43.5%.

Insuficiente, 5 encuestas, siendo 7.2%.

Muy deficiente, 0 encuestas, siendo 0%.

9.- A la pregunta, “¿Piensas que los recursos invertidos en asistencia sanitaria para inmigrantes van en detrimento de la población española?”:

Si, 39 encuestas, dando 58.2% del total.

No, 21 encuestas, dando 31.3% del total.

Indiferente, 7 encuestas, dando 10.4% del total.

Casos perdidos, 2 encuestas, dando 2.9% del total.

10.- A la pregunta, “¿Tu actitud es igual ante la asistencia a un inmigrante que ante quien no lo es?”:

Si, 62 encuestas, dando 89.9% del total.

No, 0 encuestas, dando 0% del total.

Indiferente, 7 encuestas, dando 10.1% del total.

11.- A la pregunta, “¿Conoces a algún español que haya emigrado para trabajar fuera de España?”:

Si, 49 encuestas, dando 71% del total.

No, 20 encuestas, dando 29% del total.

12.- A la pregunta, “Enumera las características positivas de un inmigrante que te facilitan su atención”. Realizamos un análisis de las respuestas para agruparlas según categorías, estas fueron decididas por acuerdo entre quienes tabularon las respuestas. Obteniendo:

Conocer el idioma	42.7%
Relación con el personal sanitario	32%
Cumplimiento de las normas y uso adecuado del servicio	10.7%
Cultura afín	4%
Nivel de formación	2.7%
Procedencia	1.3%
Estar regularizados	1.3%
No ser pensionista	1.3%
Ninguna	1.3%
Indiferente	2.7%

ANALISIS DE LOS DATOS

Una vez tabulados los distintos porcentajes obtenidos en las distintas preguntas formuladas, decidimos cruzar los resultados obtenidos en cada una de ellas, arrojando las siguientes apreciaciones:

1.- En el cruce de datos entre “Servicio donde se trabaja” con la pregunta “Que grupo de inmigrantes es el mas frecuente en tu servicio”, obtuvimos:

- En Medicina Interna, los datos nos indican que son 2 los grupos mas frecuentes, europeos (68.8%) y sudamericanos (31.2%).
- En Cirugía/Urología, los datos nos indican que los mas frecuentes son los sudamericanos (58.3%).
- En resto de Servicios encuestados, la respuesta es homogénea, siendo en todos ellos, el grupo con mas porcentaje obtenido es el sudamericano.

2.- En el cruce de datos entre la pregunta, “¿Crees que el aumento de la inmigración aumenta el gasto sanitario?” con la pregunta “La cobertura sanitaria en la población inmigrante es “, nos da las siguientes conclusiones:

- Todos los que piensan que la cobertura es EXCESIVA o INSUFICIENTE, piensan que el aumento de la inmigración supone un aumento del gasto sanitario.
- Todos los que piensan que la inmigración no aumenta el gasto, piensan que la cobertura sanitaria es ADECUADA.

3.- En el cruce de datos entre “¿Crees que el aumento de la inmigración aumenta el gasto sanitario?” con la pregunta, “¿Piensas que los recursos invertidos en asistencia sanitaria para inmigrantes van en detrimento de la población española?”, obtuvimos:

- Todos los que creen que la inmigración no aumenta el gasto, creen que los recursos invertidos en inmigrantes NO va en detrimento de los españoles.
- Todos los que piensan que los recursos invertidos en inmigrantes van en detrimento de los españoles, piensan que la inmigración INCREMENTA el gasto sanitario.

4.- En el cruce entre, “Años trabajados” con la pregunta, “¿Crees que la sanidad pública es utilizada de forma mas correcta por los españoles o por los inmigrantes?”, tuvimos los siguientes resultados:

- Sólo hay dos casos (2.9%) que piense que los inmigrantes usan MEJOR la sanidad pública que los españoles.
- Podemos encontrar tras analizar los datos, que independientemente del grupo de edad, la opinión mayoritaria es que, la Sanidad Pública NO está bien utilizada por ningún usuario, exceptuando en el grupo de 6-10 años, en el cual los españoles hacen mejor uso que el resto.

5.- En el cruce entre la pregunta, “Años Trabajados” con “¿Crees que el aumento de la inmigración aumenta el gasto sanitario?”, obtuvimos:

- Todos creen que a MAS inmigración, MAS gasto, pero en los que menos años llevan trabajados, existe un 16.7% de los casos en el que opinan que el aumento de la inmigración NO supone necesariamente un incremento del gasto sanitario.

6.- En el cruce de “Años trabajados” con la pregunta, “La cobertura sanitaria a la población inmigrante es”, los resultados obtenidos fueron:

- Destaca que el 66.7% de los que llevan entre 6-10 años trabajados, consideran que la cobertura sanitaria a los inmigrantes es ADECUADA.
- En resto de grupos en cuanto a años trabajados, el resultado en relación a una ADECUADA cobertura sanitaria oscila entre un 41.7% y un 35.7%.

7.- En el cruce entre “Categoría profesional” y la pregunta “¿Crees que la sanidad pública es utilizada de forma más correcta por los españoles o por los inmigrantes?”:

- Es de reseñar que en el 50% de Enfermería y el 45.8% del personal Facultativo, opinan que ni españoles ni inmigrantes hacen un buen uso de la Sanidad Pública, mientras que en grupo de Auxiliares, ésta opinión se reduce al 22.7%.
- Todos los grupos encuestados piensan que los españoles utilizan mejor la Sanidad, en porcentajes elevados (45%,66%), salvo en el grupo de Enfermería que SOLO piensan así 20% de los encuestados.

8.- En el cruce entre, “Categoría profesional” con la pregunta, “¿Con qué grupo de inmigrantes te es más fácil trabajar?”, obtuvimos la siguiente apreciación:

- En la mayoría de los casos, es el grupo de Sudamericanos el que obtiene un mayor porcentaje a ésta pregunta, salvo en el grupo de los facultativos, en el cual, se encuentran muy igualados el grupo de Sudamericanos (30.4%) con el grupo de Europeos (26.1%).

- Pensamos que éstos resultados están muy determinados con factor idiomático.

9.- En el cruce entre, “Conoces a algún español que haya trabajado fuera de España?” con la pregunta, “La cobertura sanitaria a la población inmigrante es”, tuvimos los siguientes resultados:

- El 53% de los encuestados que conocen algún español que haya emigrado para trabajar fuera de España, considera que la cobertura a inmigrantes es EXCESIVA o DEMASIADA. Contrasta con el 40% obtenido de los que NO conocen a ningún español, pero que aún así, opinan que la cobertura sanitaria a inmigrantes es EXCESIVA o DEMASIADA .

10.- En el cruce entre, “Categoría profesional” y la pregunta, “La cobertura sanitaria a la población inmigrante es”

- Destaca que para 100% de Matronas, la cobertura sanitaria es ADECUADA, así como para el 45% de Enfermería y el 41.7% de Facultativos.

- Mientras que el 59.1% de Auxiliares, considera que la cobertura sanitaria es EXCESIVA O DEMASIADA.

11.- En el cruce entre, “Sexo” y la pregunta, “¿Crees que la Sanidad Pública es utilizada de forma más correcta por los españoles o por los inmigrantes?”, obtuvimos los siguientes porcentajes:

- El 55.6% de los hombres encuestados frente al 31.4% de la mujeres, opinan que NI españoles NI inmigrantes usan de forma CORRECTA la Sanidad.

12.- En el cruce entre, “Sexo” y la pregunta, “La cobertura sanitaria a la población sanitaria es “, obtuvimos los siguientes datos:

- El 51% de las mujeres piensan que la cobertura es EXCESIVA o DEMASIADA, frente al 44.5% de los hombres.
- Un 5.2% más de hombres que mujeres, piensan que la cobertura es INSUFICIENTE.
- Tanto hombres como mujeres, consideran por igual, que la cobertura a inmigrantes es ADECUADA.

13.- En el cruce entre, “Edad y Sexo” y la pregunta, “La cobertura sanitaria a la población inmigrante es”, sacando los siguientes porcentajes:

- En todos los grupos de edad referidos a los hombres, se obtuvieron datos muy dispersos, ninguno destacable.
- En las mujeres, destaca que el 50% en edades comprendidas entre 31-40 años, piensan que la cobertura sanitaria a inmigrantes es EXCESIVA, mientras que la media para resto de grupos de edad es del 28%.
- También cabe reseñar que el 70% de las mujeres encuestadas entre 21-30 años, consideran que la cobertura es ADECUADA, mientras que la media para resto de grupos de edad, es del 38%.

14.- En el cruce entre, “Servicio” con la pregunta, “¿Qué grupo se adapta mejor al servicio y cumple las normas?”, se obtuvo:

- En general, parece en función de los datos obtenidos, que TODOS los grupos se adaptan bien al Servicio en cuestión. Aunque, el 36% de los encuestados, piensan que los que mejor se adaptan son los EUROPEOS, excepto en Pediatría, donde son los SUDAMERICANOS los que obtienen mayor porcentaje.

15.- En el cruce entre, “¿Has visitado algún país extranjero en los últimos 5 años?” con la pregunta, “La cobertura sanitaria a inmigrantes es”, se obtuvieron los siguientes datos:

- De los encuestados que han salido al extranjero en los últimos 5 años, el 53.5% considera que es ADECUADA la cobertura sanitaria que se le presta a los inmigrantes.

- Por el contrario, los encuestados que no habían viajado al extranjero consideraba EXCESIVA la cobertura sanitaria dada a los inmigrantes, en un 65.5% frente a un 39,5% de los que sí habían viajado.

16.- En el cruce entre, la característica positiva de un inmigrante que facilita su atención mas repetida en la pregunta doce “mismo idioma” y “categoría profesional”, se obtuvo:

- En cada una de las profesiones fue la característica mas citada, destacando las matrona con un 100% de las mismas.

17.- En el cruce entre, “el país extranjero visitado agrupado por continentes” y “¿con que grupo de inmigrantes te es más fácil trabajar?”, se obtuvo:

- En general resultaba mas fácil trabajar con inmigrantes que procedían de continentes que se habían visitado (66.7%) frente al (33.3%).

18.- En el cruce entre, “¿has visitado algún país extranjero en los últimos 5 años?” y “la obertura sanitaria a la población inmigrante es”, se obtuvo:

- De las personas que habían salido al extranjero el 39.5% consideraba demasiada o excesiva la cobertura que se dedicaba a los inmigrantes, mientras que los que no habían salido de España, consideraban que era demasiado o excesivo en un 65.4%

CONCLUSIONES

No se evidencia ningún dato que haga pensar que se producen conductas discriminatorias en la atención al inmigrante en el Hospital de Elda, aunque sí se reconocen dificultades para atenderlos derivadas principalmente de la barrera idiomática.

El riesgo mas importante que puede producir un cambio en la actitud hacia las personas inmigrantes viene derivado de la percepción de que no pagan la sanidad y que tienen los medicamentos gratuitos. Estas opiniones aunque se encuentran reflejadas con una significación estadística baja, no dejan de ser pre-

ocupantes por la carga cognitiva que conlleva y el riesgo de que se generalicen merece cualquier esfuerzo que aclare este punto.

El factor mas importante que actúa positivamente en la opinión acerca de la inmigración es conocer el lugar de origen, ya que se da una fuerte relación entre haber visitado un continente y la facilidad en el trato con los inmigrantes que son originarios de allí.

No se puede concluir que exista una discriminación de un grupo de inmigrantes frente a otros, pero sí que existen preferencias. Se considera que los europeos se adaptan mejor al funcionamiento del hospital (35.8%), pero en general se prefiere trabajar con los suramericanos, (49.3%) probablemente por el idioma.

La motivación para atender inmigrantes es parecida en las distintas profesiones sanitarias. La diferencia se da básicamente en la mayor o menor preferencia de un grupo de inmigrantes frente a otro. Todas las profesiones sanitarias prefieren a los suramericanos pero en el caso de las matronas se llega al 100% de ellas y en los médicos aunque es el grupo mas elegido este porcentaje baja al 30.4%

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Clifford Geertz. conocimiento local. Paidós Ibérica S.A. 1983.
- 2.- Leininger M “Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la enfermería transcultural”. Cultura de los Cuidados. 1999; (6) 5 -12.
- 3.- Moreno Preciado, M. “Inmigración y necesidades formativas de los cuidadores”. Cultura de los Cuidados 2003; VII (14) 44-8 .
- 4.- Jones, M. E. “Cultural Attitudes, knowledge, and skills of a Health Workforce”. Journal of Transcultural Nursing vol 15 Issue 4 October 2004, 283-90.
- 5.- Sergio Romero López Alonso “ Afrontamiento enfermero ante la desigualdad y el racismo”. Cultura de los Cuidados 2003; VII (13) 71-7.
- 6.- Anna Frances Z. “Cultural openness: Intrinsic to Human Care”. Journal of Transcultural Nursing vol 10 N° 1 January 1999, 10.
- 7.- Juliene G. Lipson, “Cross-Cultural Nursing: The Cultural Perspective”. Journal of Transcultural Nursing vol 10 N° 1 January 1999, 6.
- 8.- Pamela J. Brink. “Transcultural Versus Cross-Cultural”. Journal of Transcultural Nursing vol 10 N° 1 January 1999, 7.

- 9.- Madelene M. Leininger. "What Is Transcultural Nursing and Culturally Competence Care?". *Journal of Transcultural Nursing* vol. 10 Nº 1 January 1999, 9.
- 10.- Siles, J. Cibanal, L. "Una mirada a la situación científica de dos especialidades esenciales de la enfermería contemporánea: La antropología de los cuidados y la enfermería transcultural". *Cultura de los Cuidados* 2001; I (10) 72-87
- 11.- Purnell, L. "El modelo de competencia cultural de Purnell: descripción y uso en la práctica, educación, administración e investigación". *Cultura de los Cuidados* 1999; III (6) 91-102
- 12.- Garvi García, M. "La población inmigrante desde la perspectiva asistencial". *Enfermería Científica* 2003. julio – agosto 256-257 26-3.
- 13.- Gentil García, Isabel. "Estudio socio – sanitario en población inmigrante marroquí". *Cultura de los Cuidados* 2002; VI (12) 40-6
- 14.- A.B. Madueño Pulido "Urgencias e Inmigración: necesidades de adaptación. Actualización". *Revista de la SEMG* 2003 septiembre (56); 467-74.
- 15.- Lillo Cresp, M. "Investigación cualitativa en enfermería y competencia cultural". *Index de enfermería primavera verano 2004* (XII) N 44-45; 47-50.
- 16.- Moreno Preciado, M. "Inmigración hoy". *Index de enfermería* 2003 otoño; XII (42); 29-33.
- 17.- Labòria, J."Inmigración y cambio social en el espacio urbano". *La factoría* 2003 octubre – enero (19).
- 18.- SERVIMEDIA "Inmigración. Sanidad valenciana ha entregado 81.000 tarjetas solidarias destinadas a inmigrantes". http://www.discapnet.es/Discapnet/Castellano/Actualidad/Hemeroteca/2003/Agosto/25/NoticiaLS_649.htm.
- 19.- CIS."Barometro de febrero 2005, estudio Nº 2594". <http://www.cis.es/File/ViewFile.aspx?FileId=2779>.
- 20.- Cañada Millán, J. "La atención al inmigrante: del aluvión a la solución razonable". <http://www.semyc.es/es/actividades/publicaciones/documentos-semfyc/docum017.html>
- 21.- López Llorens, Pedro Luis. "acogida y atención hospitalaria a extranjeros. Un nuevo reto para la enfermería" XV Jornadas de interrelación de enfermería. CECOVA. 57-66.
- 22.- Watzlawick, P. Cambio. Ed. Heder. Barcelona 1992. séptima edición
- 23.- Fernández Molina, M.A. "Enfermería Transcultural: Estudio de la diversidad y la Universalidad de los Cuidados Culturales en el Hospital Universitario de Alicante". III Jornadas Internacionales de Cultura de los Cuidados & 30th annual conference of the Transcultural Nursing society. Junio 2004.

- 24.- Gómez Gil, C. La inmigración en Alicante y algunas de sus paradojas. Ed. Espagrafic (Alicante) 2002
- 25.- Antonin M. Tomas J. “construcción y validación de la escala de aptitud ante la inmigración en enfermería”. Index de enfermería. (Gran) 2003; 42; 85 – 92.
- 26.- Antonin M. Tomas J. “La escala de actitud ante la inmigración para la enfermería; validación preliminar”. Enfermería Científica 2004. 262–263; 77-82.

**COSTES ECONÓMICOS PREVISTOS,
TRAS UN ESTUDIO DE PREVALENCIA
E INCIDENCIA DE ÚLCERAS POR PRESIÓN
EN UN HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO**

Pablo López Casanova*, José Verdú Soriano, Gema Fuentes Pagés,
Ana Isabel Ruiz López, Isidro García Abad

**Coord. Unidad Interdisciplinar Heridas Crónicas. Departamento de Salud 20*

INTRODUCCIÓN

Posnett y Torra (2003) estimaron el gasto económico que suponían las upp en España. En base a los datos de este estudio y a los datos recogidos en el estudio de incidencia y prevalencia del H.G.U. de Elche en el periodo del 1 de Abril al 30 de mayo del 2004, se plantea como objetivo el determinar la previsión de gasto que suponen las upp en el H.G.U. de Elche para el periodo de un año.

MATERIAL Y METODO

Se realiza un estudio epidemiológico de corte longitudinal en el periodo del 1 de Abril al 30 de Mayo del 2004. Los indicadores que se recogieron fueron: Prevalencia, incidencia, población de riesgo según escala de Braden, y características de las upp. Después de obtener los resultados se les aplico el coste por episodio determinado en el estudio de Posnett y Torra (2003), junto con los datos del Primer estudio epidemiológico nacional (GNEAUPP) en lo referente a la distribución de las upp dentro de los diferentes modelos de atención (Hospitalaria, sociosanitaria y AP) y se cuantifico la parte correspondiente al Hospital y a la totalidad del área de salud.

RESULTADOS

Datos: Pacientes 1455. Prevalencia 9% (131). Incidencia 6,7% (98).
Pacientes de riesgo según escala de Braden 49,43% (719)

Total upp 201. Upp incidentes: 142 (70,6%).

Estadio de las upp incidentes: Estadio I: 85. Estadio II: 55. Estadio III: 2.

En lo correspondiente a incidencia: 40 pacientes al mes=480 nuevos pacientes/año. Se le aplica la tabla de gasto por estadio, resultando un gasto aproximado de 211.315 euros, en dos meses y un gasto aproximado de 1.267.890 euros..

DISCUSIÓN

El conocimiento de la incidencia y prevalencia nos ayuda a realizar una estimación del gasto total.

Las upp en el H.G.U. de Elche son muy costosas. Si se puede prevenir el 95% de las upp, de un total de 142 upp incidentes en dos meses, resultan 135 upp prevenibles en el Hospital General Universitario de Elche cada dos meses o lo que es lo mismo casi 1.200.000 de ahorro en el gasto sanitario y social derivado de la incidencia de upp.

ESTABLECIMIENTO DE UN PLAN GERIÁTRICO EN EL SAHARA

Belen Estevan Fernández*, Carmen Chasco Parramón**
Ana Serrano Moragues*** M^a Elena Ferrer Hernández****
**Enfermera, Miembro de la Asociación de Villena con el Pueblo Saharaui*
***Enfermera, Vocal de SEEGG de la Comunidad Valenciana*
****Enfermera Especialista en Geriátria*
***** Enfermera, Profesora E.U.E. Universidad de Alicante*

INTRODUCCIÓN

Este trabajo se realiza desde “la Asociación de Villena con el Pueblo Saharaui” en los campamentos de DAJLA Y 27 DE FEBRERO respectivamente, situados en el desierto del Sahara.

Empezaremos señalando las características fundamentales de esta amplia zona africana del Sahara como son la climatología, el suelo, las insufribles tormentas de arena, y las condiciones de vida que de ello se derivan, así como otro tipo de circunstancias las cuales nos motivan a realizar este trabajo.

Hablamos de una población fija de 250.000 habitantes, más de 50.000 nómadas, donde el 45% de dicha población son niños, el 70% de los adultos son mujeres, y los hombres o son ancianos o están en la zona de paso batallando, por lo cuál se trata de una población vulnerable con deficientes estructuras sanitarias.

Podemos decir que el número de abortos y de mortandad infantil es muy elevado, que es una población en general joven cuya esperanza de vida es de 66 años para el hombre y de 72 para la mujer y que a los 45 años ya se consideran personas mayores. No obstante encontramos algunos aunque pocos ancianos hepta y octogenarios en perfecto estado de salud acorde con su edad.

Las características de deterioro de estas personas son considerables debido principalmente a:

- Falta de nutrición.
- Escasas medidas higiénicas.
- Condiciones inhóspitas del clima y del suelo.
- La precariedad de medios.
- Las viviendas de adobe o las jaimas donde las personas duermen en el suelo en alfombras ya que pocas familias dispone de colchones.

- El elevado nº de partos sufridos por las actuales ancianas sin medios sanitarios.
- La falta de educación y planificación sanitaria.

Los principales problemas de salud que se dan en la población son producidos por las condiciones de vida, el clima y las tradiciones como en cualquier otra sociedad del mundo actual, siendo el problema más significativo y preocupante el las anemias y las infecciones.

Otro de los problemas de salud que nos sorprendió fue el sobrepeso fundamentalmente en las mujeres, hecho que por otra parte entendimos ya que allí se toma mucho el té siendo esto un acto social muy relevante en el que se invierte mucho tiempo; desde el primer té que se denomina "amargo como la vida", el segundo "dulce como el amor" y el tercero "ligero como la muerte" transcurre una hora, varias veces al día, lo cuál nos da una idea del tiempo que se mantienen en sedestación.

La sociedad saharai es una sociedad tribal tanto a nivel político como administrativo que subsiste mayoritariamente de las ayudas humanitarias. El pilar fundamental lo ostentan las mujeres junto con los ancianos, dándose así una sociedad puramente matriarcal, donde se convive con un sistema afín a la gerontocracia.

Los ancianos en la sociedad saharai son respetados y obedecidos, como ya hemos dicho gozan de un gran prestigio y son cuidados con esmero dentro de sus conocimientos y posibilidades pero no existe un plan de cuidados dentro del sistema sanitario y social que se ocupe de la asistencia estandarizada del propio anciano.

Hacia ya dos años que estábamos trabajando con el pueblo saharai desde La Asociación, pero fue tras nuestro primer viaje al lugar cuando descubrimos lo realmente necesitado que estaba de ayuda este pueblo situado en una de las regiones más inhóspitas del planeta, sin ninguna fuente de riqueza que les ayude a subsistir.

En este primer viaje conseguimos ya entrevistarnos con el Ministro de Sanidad al que presentamos y expusimos la posibilidad de realizar un Plan Geriátrico Nacional.

La idea le encantó pidiéndonos encarecidamente que le diéramos prioridad ante cualquier otro proyecto ya que había despertado un gran interés entre la

población, por ser los únicos que se habían interesados por las personas mayores de manera científica y profesional.

Con toda la ilusión que se puede tener ante un proyecto de ayuda donde se iba a intentar dar todo lo que pudiésemos de nosotras mismas, tanto de forma personal como profesional nos encontramos con un serio y conocido problema: la financiación.

Conseguida esta, seleccionamos la provincia de Dajla por ser la más alejada de la capital de Rabuni, por lo cuál era la que menos ayuda recibía convirtiéndose en la más necesitada, circunstancia que a su vez la convierte en la más cerrada. Tiene 60.000 habitantes. Dispone de agua y de una huerta experimental, aunque esta no da mucho fruto.

Las necesidades sanitarias quedan en principio subsanadas por el hospital comarcal reformado por una ONG italiana, la cual dispone de camas con colchones, (algo tan sencillo y no siempre habitual). El personal es formado en Cuba, tanto enfermeras como médicos, siendo el nivel de formación de éstos más bajo que el nuestro. El trabajo consiste en atender a los enfermos remitidos por los dispensarios de las dairas.. Estos dispensarios son atendidos, en general por enfermeros, a menudo sin titulación formados bien por la escuela de enfermería de allí o por los enfermeros del propio hospital mas algún otro colaborador no sanitario.

La población no dispone de ningún tipo de seguimiento ni de programa, ni siquiera de crónicos. El único programa en funcionamiento es el de vacunación infantil, pero existe una gran incoordinación en el mismo.

OBJETIVOS

Nuestro principal objetivo era recopilar datos sobre las necesidades sentidas y carencias sufridas por los ancianos en los campos de refugiados en forma de realidades, y poder así establecer un Plan Geriátrico Nacional con el fin de prolongar la esperanza de vida de estas personas en mejores condiciones.

MATERIAL Y MÉTODOS

El material del que se disponía era el siguiente: esfigmomanómetros, oftalmoscopios, otoscopios, fonendoscopios, glucómetros y una pequeña historia clí-

nica con biografía sanitaria bilingüe que nos daba una idea de las enfermedades más comúnmente padecidas.

Nos alojamos en casa de D^a Fatimetu Mohamed; licenciada en medicina por la Universidad de Cuba, quien fue nuestro guía, acompañante, asesora y colaboradora en todos los viajes que se realizaron a Dajla, por lo cual le estamos muy agradecidas.

Visitamos las siete darias o barrios con los siguientes fines:

- Selección del personal colaborador, enfermeras, médicos, delegadas de mujeres y profesores de primera enseñanza.
- Distribución del trabajo y funciones de cada uno de los participantes.
- Elección de coordinadores por zonas y profesiones.
- Visita de locales que se van a utilizar, como hospital comarcal, dispensarios, colegios de primera enseñanza y lugar de reuniones de las mujeres dependientes de las alcaldías, por lo que también visitamos a sus alcaldes.

El tiempo transcurre muy lento ya que coinciden simultáneamente varias visitas con la nuestra, produciéndose una considerable demora en nuestro trabajo.

La población a estudio fue elegida al azar. Personas mayores de 65 años en principio, aunque después incluimos otras edades por deferencia a su considerable amabilidad, cooperación e interés. Fueron un total de 600 las personas entrevistadas.

El trabajo de campo se realizó en el siguiente orden:

- Visita a los dispensarios, donde nos pusimos en contacto con los enfermeros, los cuales nos prestaron su apoyo.
- Visita a los colegios. Allí nos reunimos con los profesores con el fin de realizar programas de educación para la salud convenciéndoles de la garantía de la prevención de enfermedades a largo plazo. También mostraron su entusiasmo.
- Por último visitamos los lugares de reunión de mujeres, las cuales fueron las más interesadas en el tema del cuidado del anciano.

El protocolo de actuación fue el siguiente: presentación, exposición clara y concisa del proyecto. Tras el permiso para su realización se pasó la entrevista

clínica, en la que quedaban recogidos todos los datos tanto de salud como de su forma de vida y costumbres. Se sentían encantados de colaborar.

A todas las personas se les hizo un reconocimiento general dándonos así una idea de las patologías más frecuentes.

No podemos dejar de nombrar los principales obstáculos con los que nos encontramos.

1º.- En los propios profesionales:

- Desmotivación
- Desincentivación
- Falta de medios
- Falta de formación continuada
- Falta de profesionales consultores tanto nacionales como cooperantes extranjeros
- La diversidad del origen de la formación recibida entre ellos, sobre todo en los enfermeros.

2º.- En las mujeres

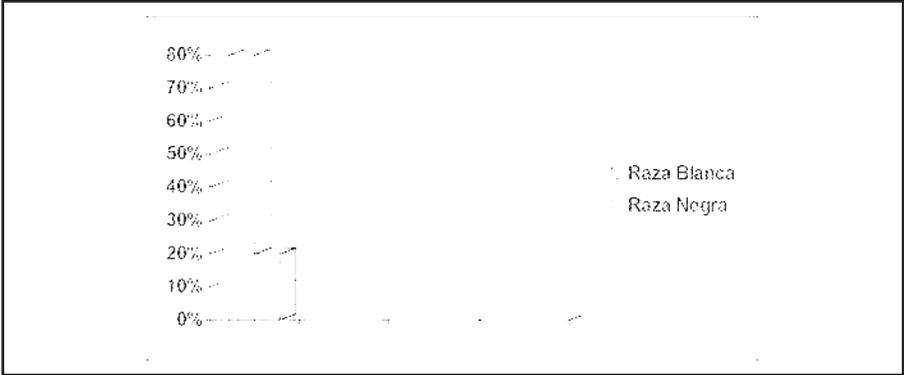
- La falta de medios
- La falta de formación e información
- La falta de educación sanitaria tanto para cuidar de los niños como de los ancianos
- La falta de determinación a la hora de solucionar un problema
- La falta de formación en cuanto a la higiene a pesar de sus condiciones de vida

3º.- En los ancianos

- El peso de las tradiciones en su comportamiento
- La falta de medios, formación e información, al igual que sus cuidadoras
- La inflexibilidad de su conducta y la dificultad para adaptarse a otras costumbres
- La adaptación a la falta de programas sanitarios para ellos, que hace que, o no los vean necesarios, o por el contrario hagan una demanda excesiva de los mismos.

RESULTADOS

El 80% de la población es blanca y el 20% es de raza negra.

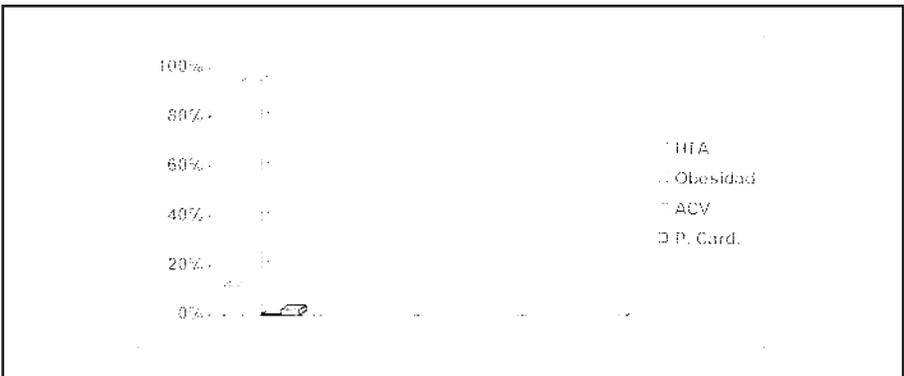


El 12% de la población presentó hipertensión.

El 95% padecía obesidad.

El 0.6% encontramos con ACV.

El 2.5% sufría patología cardiaca.

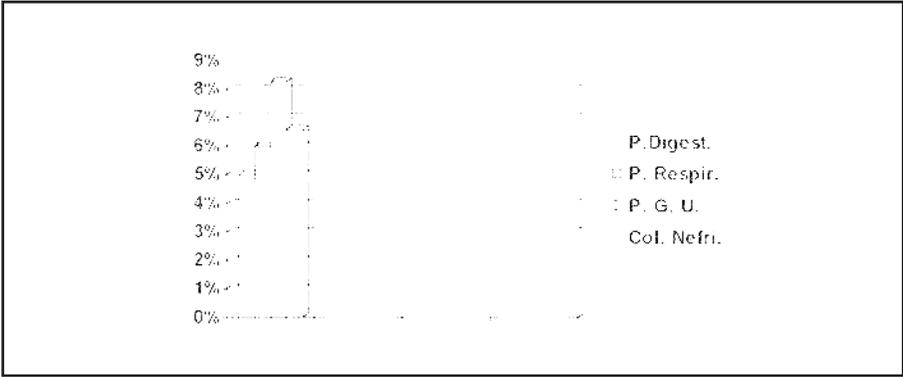


Patología digestiva 5%

Patología respiratoria 6%

Patología genitourinaria 8,3%

Cólicos nefríticos 6,6% de la población

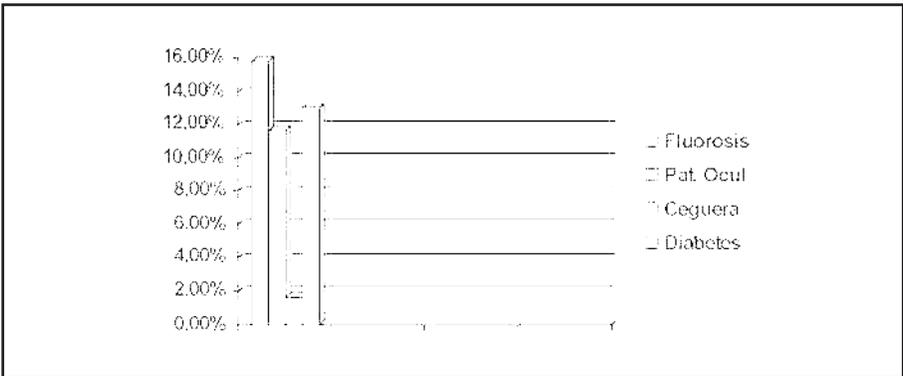


Fluorosis 15,8%

Patología ocular 11,6%

Ceguera total 1,6%

Diabetes 13%

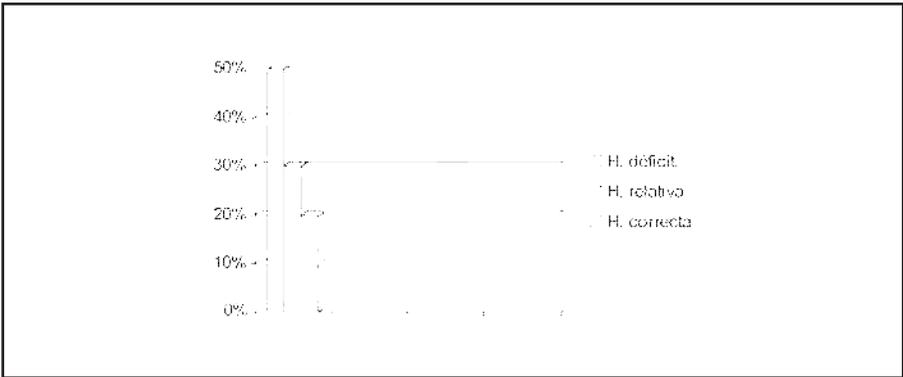


Los resultados obtenidos en cuanto a higiene son los siguientes:

Higiene deficitaria 50%

Higiene relativa 30%

Higiene correcta 20%



CONCLUSIONES

La mejor conclusión que se podría presentar sería la eficacia de este Plan Geriátrico Nacional y poder a su vez expresar las conclusiones fruto de su evaluación, pero esto no es posible dado que cuando ya parecía que aquello podía ponerse en marcha y que dicho Plan ya iba a ser instaurado, hubo un cambio de Ministro de Sanidad, y todos nuestros planes e ilusiones se vinieron abajo, por lo cual el Plan Geriátrico Nacional no llegó a establecerse.

No obstante sin conclusiones no nos quedamos ya que el estudio previo a la implantación del Plan está hecho y de ello, de la población, su entorno y sus costumbres podemos concluir algunos detalles.

Su forma de vida en el seno familiar se rige por un matriarcado, ya que son las mujeres las que residen allí y sacan adelante los campamentos.

El anciano es el portador de la autoridad y la sabiduría por lo que se le profesa un gran respeto, tanto es así, que podríamos decir que es una sociedad gerontocrática.

Existen a día de hoy, demasiados tabúes, que limitan la asistencia sanitaria y la educación para la salud.

Las mujeres saharauis son las más avanzadas dentro de las sociedades islámicas ya que ostentan cargos políticos y existe un elevado número de divorcios.

Es importante resaltar el sobrepeso de la población femenina. Cabría aclarar que dicho sobrepeso está directamente relacionado con los cánones de belleza establecidos en este país, donde una mujer con sobrepeso resulta mucho más atractiva.

El índice de analfabetismo es elevado en las personas mayores.

Es una población muy necesitada de estructuras básicas sanitarias donde la educación para la salud desde la prevención es estrictamente necesaria.

La desmotivación, desinformación y falta de superación del personal de enfermería es muy elevado.

Es digno de mención, que en el Sahara el tiempo transcurre muy lento. En estos lugares el tiempo no cuenta, y no podemos llevar allí nuestras prisas, pero es ese tiempo de espera el que nos enriquece, nos embelesa y a la vez nos trae más amigos y colaboradores.

Bueno aquí nos quedamos, pero no desistimos, aún nos quedan ganas e ilusiones.

Nuestro deseo sería poder venir el próximo año a contaros los resultados de la evaluación de este Plan Geriátrico Nacional, porque no desistimos, aún no hemos tirado la toalla, y estad seguros que no lo haremos.

PLAN GERIÁTRICO PARA CUIDADORES GERIATRICOS Y MUJERES

- EDUCACIÓN PARA LA SALUD
- VALORACIÓN DEL ESTADO DE SALUD
- ATENCIÓN DOMICILIARIA
- LA CONSULTA
- LA VACUNACIÓN
- REHABILITACIÓN Y REINSERCIÓN
- ATENCIÓN AL MEDIO

EDUCACION PARA LA SALUD

HIGIENE: De la persona;- alimentación, nutrición y eliminación.

corporal

ejercicio físico

hábitos tóxicos

higiene mental

Del medio; - Físico (vivienda)-enseres (lejía).

- Social

VALORACIÓN DEL ESTADO DE SALUD

FÍSICA: Exámenes de salud. A.V.D.

MENTAL: - Función cognitiva, test
- Enfermedades mentales
- Demencias

SIGNOS DE URGENCIA.

ATENCIÓN DOMICILIARIA

1) DIRIGIDO A:

Población necesitada.

Los ancianos enfermos o inválidos.

Los ancianos con tratamiento medicamentoso

Los ancianos terminales

2) NORMAS DE ACTUACION:

Análisis de la situación del anciano y el medio familiar

Atención específica a los problemas detectados

3) ASISTENCIA A TRES ASPECTOS FUNDAMENTALES:

Físico

Psíquico

Social

4) CONTROL Y SEGUIMIENTO

LA CONSULTA

La atención se realiza cubriendo dos aspectos:

ATENCIÓN A LA DEMANDA

ATENCIÓN O CONSULTA PROGRAMADA

Captación de casos

Detección de necesidades

Coordinación con otros niveles

Registro de casos, vigilancia epidemiológica

Evaluación de la consulta

VACUNACIÓN

PROTECCIÓN ANTITETÁNICA

REHABILITACIÓN Y REINSERCIÓN

OBJETIVOS:

Alcanzar el mayor grado de independencia
Reactivación.

ATENCIÓN AL MEDIO

MEDIO FISICO

- Combatir aspectos negativos
 - Recogida de basuras diaria
 - Alejamiento.
 - Destrucción.
- Mosquiteras.
- Cercados de animales(cabras).
- Control permanente de las aguas.
- Desinfección de letrinas.

RECURSOS

- Humanos
 - Personal que formemos.
 - Formación a mujeres.
 - Formación de cuidadores geriátricos.
- Equipos consultores en España.
- Formación continuada a los médicos.
- Gestor de recursos-logística.
- Dotación bibliográfica.
- Material clínico: fonendoscopios, otoscopios, esfingomanómetros etc.
- Medicación específica.
- Aporte nutricional (conservas, suplementos etc).

NORMATIVA Y LEY VIGENTE EN EL TERRITORIO DONDE SE VA A IMPLANTAR

FORMACIÓN CUIDADOR GERIÁTRICO

Todo cuidador geriátrico debe tener, como mínimo, los siguientes conocimientos:

- Conocimientos de anatomía, fisiología e higiene.
- Proceso genérico de enfermedad: producción y transmisión.
- Proceso de envejecimiento.
- Características del envejecimiento.
- Patologías mas frecuentes.
- Toma de constantes: pulso, tensión arterial y temperatura.
- Administración de medicamentos y vías.
- Detección de riesgos.
- Utilización de recursos.
- Formación para ayudar a erradicar tópicos ancestrales.
- P.A.E.S(Proceso atención enfermería).
- Detectar problemas reales y presentación en forma real.
- Saber coordinar con médicos y comisiones medicas.
- Fomentar capacidades para dar charlas a la comunidad.
- Fomentar capacidades para asesorar a la familia sobre medidas a tomar en enfermedades infectocontagiosas (tuberculosis etc.).
- Seguimiento de enfermedades infectocontagiosas.
- Registro de actividades medicas.
- Historiar brevemente al paciente.
- Conocimientos de español.

COMPETENCIAS

1-ASOCIACIÓN NACIONAL DE MUJERES SAHARAGUIS

- Programa para mujeres.
- Organización sanitaria.

2-FORMACION PROFESIONAL

- Ministerio de educación.

3-COORDINACION ENTRE AMBOS.

MESA I

**DEMANDAS Y RESPUESTAS ENTRE LAS DIFERENTES
CULTURAS Y EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL**

José Antonio Ávila
Presidente del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)

Esta ponencia ha querido conocer cómo está influyendo en el colectivo de Enfermería de la Comunidad Valenciana este fenómeno emergente de los movimientos migratorios en un mundo cada vez más globalizado. Con ella se pretende profundizar en las características de estos flujos migratorios y realizar un análisis de los mismos para saber los países de procedencia y destino y características de los profesionales de Enfermería que deciden ejercer fuera y dentro de la Comunidad Valenciana.

Por no alejarme en demasía de la temática de la mesa, al final de la ponencia también se hace una propuesta de mejora en el número de recursos de Enfermería del Departamento de Salud número 18 motivada por el reciente proceso de regularización de inmigrantes llevado a cabo en España.

El final de la Segunda Guerra Mundial marca la apertura de una etapa histórica en Europa caracterizada por la definición de unas bases que eviten nuevos conflictos futuros. En este sentido, el 25 de marzo de 1957 se firmaban los Tratados de Roma por los que se creaba la Comunidad Económica Europea (CEE) y se sientan los pilares de la que actualmente es la Unión Europea.

Hoy en día la Unión Europea está conformada por los siguientes países: Alemania, Austria, Bélgica, Chipre, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Holanda, Hungría, Irlanda, Italia, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Polonia, Portugal, Reino Unido, Republica Checa y Suecia. Esto es, veinticinco (25) estados miembros que conforman un espacio europeo de 454 millones de personas, aproximadamente. Espacio que está pendiente de aumentar, ya que en la actualidad hay cuatro Estados candidatos a ingresar en la Unión Europea: Bulgaria, Croacia, Rumania y Turquía.

Con la construcción de la nueva Europa, y en un mundo cada vez más globalizado y sin apenas barreras, a excepción del idioma y no en todos los países, se

pone a disposición de los profesionales sanitarios españoles un mercado laboral lleno de posibilidades.

En Julio de 2000 el Nacional Health Service (Servicio Nacional de Salud) del Reino Unido publico un programa, el denominado NHS Plan, que contemplaba la construcción de cien hospitales y cuatrocientos centros de Atención Primaria.

Para que este proyecto fuese viable se necesitaba cubrir los nuevos puestos de trabajo generados por la ambiciosa reforma sanitaria emprendida por el partido laborista de Tony Blair, desde que llego al poder en 1997. En este sentido se necesitaba contratar un importante número de personal sanitario que no tenía Reino Unido, principalmente enfermeras y que, por tanto, había que ir a buscar a otros países en donde pudiese haber excedente.

En noviembre de 2000, Alan Milburn, ministro británico de Sanidad y su homóloga española por entonces, Celia Villalobos, firmaron, de manera simultanea, un acuerdo mediante el cual el Reino Unido pretendía reclutar 5000 enfermeras para cubrir sus vacantes del Servicio de Salud Británico (NHS).

Si salía bien esta iniciativa, el objetivo de la sanidad británica era tener cubierto para el año 2004 el déficit de profesionales de Enfermería que sufrían sus hospitales y que lo estimaban en 20.000 plazas vacantes.

Según fuentes británicas, se esperaba que cada tres meses acudan a los hospitales ingleses 160 nuevas enfermeras. Esta emigración de profesionales sanitarios iba a tener un seguimiento en los medios de comunicación, no en vano personal de diferentes empresas de contratación del Reino Unido y de los propios centros sanitarios ingleses llevaron a cabo una intensa ronda de visitas por colegios profesionales de Enfermería, Escuelas Universitarias y hospitales españoles informando de las diferentes ofertas laborales disponibles y explicando las condiciones laborales de contratación. En muchas ocasiones se hacían acompañar de enfermeras españolas que ya estaban trabajando en el país a fin de explicar personalmente su experiencia.

En abril de 2002, rotativos nacionales informaban que en poco más de un año, medio millar de enfermeras y enfermeros españoles se habían desplazado ya al Reino Unido. En Marzo de 2003, un medio aseguraba que el Servicio de Salud Ingles había contratado a 697 profesionales de enfermería españoles, además el programa de contratación seguía abierto y España continuaba siendo uno de los

principales proveedores de profesionales para Inglaterra. La cifra de 697 se ha redondeado en 2005, exactamente el 10 de Enero, hace apenas unos meses, cuando Informativos TELE CINCO, informaba que la barcelonesa Sofía Lázaro Diez se había incorporado a su puesto de enfermera en el hospital público de Bath, en el Reino Unido, convirtiéndose en la enfermera número 1.000 del contingente de españolas y españoles que trabajaban en hospitales británicos, dentro del programa de contratación de personal sanitario para el Reino Unido promovido por la Embajada Británica. La noticia señalaba que junto a ella volaban otros 33 compañeros procedentes de la Comunidad Valenciana, Andalucía, Castilla y León, Asturias, Cataluña, País Vasco, Aragón, la Comunidad de Madrid, Baleares, Galicia y Cantabria. En definitiva, en apenas tres años, han sido más de 1.000 los enfermeros y enfermeras españoles, provenientes de todas las comunidades autónomas los que han emigrado al Reino Unido para desarrollar su ejercicio profesional, de los cuales 87 procedían de la Comunidad Valenciana, de los que 42 son de Valencia, 38 de Alicante y 7 de Castellón.

No sólo el Reino Unido ha reclutado profesionales de Enfermería para su sanidad pública, sino que en este mismo período han numerosas las ofertas que el colectivo de Enfermería ha recibido de países como por ejemplo Francia, Italia, Portugal, Alemania, etc

Con estos antecedentes se ha querido conocer los flujos migratorios dentro del colectivo de Enfermería de la Comunidad Valenciana y para ello se ha realizado un pormenorizado análisis de los datos que obran en los archivos de los tres colegios para conocer los enfermeros y enfermeras de Alicante, Castellón y Valencia que han marchado a trabajar al extranjero y los profesionales de Enfermería de otros países que se han dado de alta en las tres provincias.

Según estos datos, los países preferidos para emigrar por parte de los profesionales de Enfermería de la Comunidad Valenciana son Italia (con el 48%), Francia (con el 20), Reino Unido (con el 14,8) y Portugal (con el 7,4).

Por otra parte, los países de procedencia del personal de Enfermería que ha venido a trabajar a la Comunidad Valenciana son Holanda (con el 17%), Reino Unido, Francia y Alemania (con 11%) e Italia (con un 7,5%), destacando un país extracomunitario como Rumanía, de donde procede el 9,4% de estos profesionales.

COMUNICACIONES A LA MESA I

**LA SANIDAD EN LA COMUNIDAD VALENCIANA
DIRIGIDA A LA POBLACIÓN INMIGRANTE**

María Lina Insa Rico
*Directora General de Inmigración Consellería de Bienestar
Social de la Generalitat Valenciana*

En la Comunidad Valenciana, según los datos elaborados por el I.N.E., relativos a la última revisión del padrón municipal, hemos pasado de 130.194 extranjeros empadronados, en diciembre de 1999, a 413.760, en diciembre de 2003, convirtiéndonos en la tercera Comunidad Autónoma con mayor número de inmigración. Actualmente el número aproximado de inmigrantes que residen en la Comunidad Valenciana puede superar los 500.000.

A la vista de la regulación vigente en materia de extranjería, se desprende que todos los inmigrantes, con independencia de su situación administrativa, tienen derecho a la asistencia sanitaria pública de urgencia, mientras que únicamente aquéllos que estén empadronados tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles. No obstante, y ante la necesidad de integrar y atender adecuadamente a los inmigrantes en materia de salud, en febrero de 2000 el Gobierno valenciano aprobó la creación de la tarjeta solidaria, como instrumento material de reconocimiento de la asistencia sanitaria a colectivos de inmigrantes y refugiados, que sin estar empadronados, carecen de recursos económicos. Por otro lado, los inmigrantes inscritos en el Padrón Municipal del municipio correspondiente, gozan de asistencia sanitaria en virtud del Decreto 88/1989, de 12 de junio, por el que se extiende el derecho a la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Valenciano de Salud a determinadas personas que carezcan de recursos económicos.

Las personas extranjeras tienen derecho a la atención sanitaria pública, por ello, la Comunidad Valenciana atiende sanitariamente a dicha población, con un coste económico muy elevado, tanto para nuestra Comunidad como para los ayuntamientos. Así, en 2004, a la Generalitat Valenciana, la atención sanitaria de los inmigrantes costó más de 52 millones de euros (52.015.417)

LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA SANITARIO

Existen dos niveles de atención, en función del problema de salud de que se trate:

1. Atención primaria en los Centros de Salud. Es donde se debe acudir ante cualquier problema de salud. Ofrece:

- Consulta médica: atención a enfermos, crónicos, medidas preventivas...
- Consulta pediátrica: atención al niño enfermo, revisiones de salud del niño sano, vacunaciones...
- Consulta de enfermería: curas, vacunaciones, educación para la salud...
- Atención a la embarazada: seguimiento del embarazo desde su inicio...
- Atención social: información y asesoramiento en temas relacionados con la asistencia sanitaria.
- Atención de urgencias de aquellos problemas que no puedan demorarse hasta el día siguiente.
- Otros servicios: planificación familiar, salud mental, salud bucodental...

2. Atención especializada en los hospitales y centros de especialidades: se accede por derivación desde atención primaria, o por una situación de urgencia inaplazable.

Datos comparativos 2001/2004

	2001	2002	2003	2004
Número de tarjetas aprobadas y entregadas a inmigrantes (1)	31.665	56.819	90.833	121.411
Número de tarjetas vigentes	25.165	(dic.) 38.594	(oct.) 58.984	(oct.) 53.210

(1) Datos comparativos de tarjetas solidarias y Decreto 88/89 en el período 2001-2004.

Tarjeta solidaria. Extranjeros no empadronados y sin recursos.

Decreto 88/89. Extranjeros empadronados y sin recursos.

Valencia, 21 de abril de 2005

**INTERCAMBIO DE ACTIVIDADES ENTRE PAÍSES
DE LA UNIÓN EUROPEA:
PROYECTO DE DISMINUCIÓN DE LISTAS
DE ESPERA QUIRÚRGICAS**

Isabel Casabona Martínez, Enfermera, Lic. Antropología
*Profesora Asociada Departamento de Enfermería.UA.
Supervisora UCI/Urgencias, clínica Vistahermosa. Alicante.*

Manuel Lillo Crespo, Enfermero, Lic. Antropología.
*Profesor Asociado Departamento de Enfermería. UA.
Enfermero Urgencias, Clínica Vistahermosa. Alicante.*

Con la firma del Tratado de la Unión Europea (Maastricht, febrero 1992) y su posterior reforma: el Tratado de Ámsterdam (Ámsterdam octubre 1997), se garantiza la desaparición de fronteras y la libre circulación de los ciudadanos de los países miembros de la Unión Europea.

El Tratado de Ámsterdam da un fuerte impulso a la política sanitaria de la Unión Europea, al incluir por primera vez entre sus principales objetivos y articulado cuestiones relativas a la salud de los ciudadanos europeos. Es en este tratado, en sus artículos 3 y 152, se introducen conceptos como: contribuir a la obtención de un alto grado de protección a la salud....en el marco del artículo 129 queda claramente establecido el tema de la salud pública como una competencia comunitaria.

El problema de las listas de espera en sanidad, es algo común en todos los sistemas de salud de los países del ámbito europeo. La apertura de fronteras entre los países de la unión ha permitido el traspaso de pacientes aprovechando los diferentes recursos de los miembros con el fin de disminuirlas y así mejorar la calidad de sus servicios.

La organización y la gestión de este tipo de actividades de intercambio sanitario de pacientes es compleja debido a todos los tramites burocráticos y socio-culturales que hay que salvar (elección del país, idioma, selección de pacientes...) En cualquier caso se consigue la disminución de las listas de espera en el país de origen, se desarrolla la actividad asistencial en el centro sanitario en cuestión, se aumentan las competencias culturales del personal que participa y se realiza una gestión de los cuidados desde la perspectiva de la transculturalidad y se estrechan relaciones entre países.

Desde junio del año 2001, la Clínica Vistahermosa de Alicante, viene realizando un Proyecto Sanitario de disminución de listas de espera o Plan de

Choque Europeo con pacientes de nacionalidad Holandesa que acuden al centro sanitario con la finalidad de someterse a intervenciones quirúrgicas de traumatología.

Se trata de una experiencia pionera dentro del sistema sanitario español y podemos afirmar que también dentro del entorno sanitario europeo.

Se conocen ciertas experiencias similares dentro del Sistema de Salud Ingles con Países Centroeuropeos.

Hablar de Holanda nos trae a la mente molinos de viento, tulipanes...y también eutanasia, drogas... Como país, Holanda tiene una imagen muy liberal a consecuencia de la actitud “vive y deja vivir”.

Incidiremos en el tema sanitario que es el que nos interesa especialmente para este estudio.

El Sistema Sanitario Holandés es un sistema muy complicado de financiación: Impuestos, seguros privados y pagos directos.Organizado por servicios privados pero con control del gobierno.Es una combinación de seguridad social obligatoria y privada bajo control gubernamental.

El sistema sanitario holandés y el problema de las listas de espera quirúrgicas es común en todos los países, Gran Bretaña, Holanda también España. En Holanda se han tenido que cancelar operaciones por falta sobretodo de personal sanitario, enfermería.

En ciertas especialidades, de tres meses a un año es un plazo de espera normal.

Llegados a este punto nos introducimos de lleno en el trabajo que nos ocupa, ya que la legislación en Holanda dispone que un paciente que supere un tiempo limite considerado excesivo, según especialidades, en lista de espera para intervención quirúrgica, pueda optar por ser trasladado a otro país europeo, con facultativos holandeses que le intervengan por cuenta de la Seguridad Social holandesa.

El Sistema Sanitario holandés antepone la seguridad del paciente a cualquier otro factor.

Se realiza este estudio en la Clínica Vistahermosa por ser centro sanitario de elección en cuanto al Plan de Choque con la Unión Europea –es el centro pionero en Alicante y uno de los primeros en España.

Los profesionales de la salud, nos hemos preocupado por buscar métodos que nos ayuden a mejorar la calidad de las atenciones que recibe el usuario, sea extranjero o no.

OBJETIVOS

- Identificar-conocer el grado de calidad percibida en cuanto a la atención de enfermería y a todo el proceso de cuidados que reciben los pacientes de nacionalidad holandesa, incluidos en el proyecto sanitario “Plan de choque europeo” de disminución de listas de espera quirúrgicas.

- Conocer el grado de calidad percibida de los pacientes de nacionalidad holandesa, incluidos en el Proyecto Plan de Choque europeo, en cuanto a la organización-gestión de los recursos socio-sanitarios, servicios periféricos, necesarios durante su hospitalización en Clínica Vistahermosa.

- Establecer criterios de calidad que puedan servir como condiciones para implantar aspectos relevantes de la atención de enfermería, planificación de cuidados y organización de recursos socio sanitarios que nos ayuden a mejorar el grado de calidad percibida (Calidad Asistencial total) por el paciente extranjero, de nacionalidad holandesa, susceptible de ingreso en nuestro centro sanitario, perteneciente al Plan de Choque europeo o no.

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

En la realización del estudio se empleó un sistema de Triangulación donde se relacionaban metodologías (cuantitativa + cualitativa) dentro de las cuales se encuadraron distintos instrumentos y técnicas de investigación con las que más tarde se obtuvieron resultados y conclusiones globales. La distribución metodológica empleada fue:

Una cuantitativa y mucho más objetiva, basada en la información estadística aportada y las variables demográficas.

Otra cualitativa y mucho más subjetiva, basada en las entrevistas semiestructuradas a pacientes, grupo de discusión y entrevistas en profundidad al informante privilegiado, que respaldaron la veracidad de los resultados.

En cuanto al tiempo empleado en el proceso investigador, se dispuso de 2 años (2003-2004); en los cuales se trabajó con una muestra de 50 pacientes

extranjeros centroeuropeos, en su mayoría holandeses y con la excepción de 4 individuos que aún siendo de nacionalidad holandesa procedían de otras áreas culturales como India, Tailandia, Polinesia y Alemania., por motivos de raíces familiares.

Para el abordaje de cada uno de los pacientes se emplearon 40 minutos aproximadamente, incluyendo un primer acercamiento en el que se les pedía su colaboración desinteresada, se les aseguró confidencialidad y se aseguraba la guardia y custodia de sus respuestas, así como se les pidió la firma en la hoja de consentimiento informado para lo cual no expusieron ningún problema.

Todas las entrevistas fueron realizadas en el centro sanitario, concretamente en una sala preparada al efecto y dentro del horario de trabajo.

Para los grupos de discusión se trabajó con 4 pacientes, profesionales que trabajan en el tema desde Holanda y desde Alicante. También se llevó a cabo en la Clínica Vistahermosa y con una duración de 60 minutos. Para su realización se empleó el guión utilizado en las entrevistas, es decir, las preguntas de las entrevistas. Los 4 pacientes que participaron fueron elegidos al azar entre los participantes en el proyecto y por fechas de estancia en Alicante.

RESULTADOS

DATOS DEMOGRAFICOS:

La información que a continuación se presenta nos da una idea sobre el perfil de los pacientes que conformaban la muestra del trabajo de investigación

El porcentaje de hombres entrevistados fue del 18%, mientras que el 82% restante eran mujeres.

El 73% de la muestra fueron pacientes de origen étnico holandés mientras que el 27% restante aún siendo residentes en Holanda tenían otras procedencias étnicas como: Tailandia, India y Polinesia. Estos últimos contaban con más de 20 años residiendo en Holanda.

En cuanto a la religión, el 36% se consideraron católicos, el 26% cristiano reformista y el resto (38%) se consideraron dentro del grupo de ateos y no testan.

El 97% de los entrevistados contaba como mínimo con educación básica o media (2 de los cuales tenían estudios superiores), mientras que el resto decían no tener estudios coincidiendo con los holandeses de diferente origen étnico.

Todos los entrevistados comentaron tener un nivel económico medio/ alto.

El 45% de los participantes comentaron tener animales domésticos en casa.

En cuanto a la edad media y el género podemos afirmar que la muestra resulta representativa de la población a estudio, puesto que también hay más mujeres que hombres y la edad media se encuentra entre 55 y 60 años.

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA, GRUPO DE DISCUSION:

A la hora de revisar los resultados de las entrevistas se decidió agrupar la información, desde la perspectiva del profesional de Enfermería y desde la perspectiva de los Servicios Periféricos, para facilitar su análisis:

- PROFESIONAL DE ENFERMERIA:

• IMAGEN DE ENFERMERÍA

El 84% consideró que la imagen de Enfermería era positiva o muy positiva.

• DIFERENCIAS ENTRE SISTEMA SANITARIO HOLANDÉS vs. ESPAÑOL

Un 40% de los participantes se consideraron atendidos por profesionales jóvenes en España a diferencia de Holanda, mientras que el resto aporta respuestas encaminadas a las funciones de Enfermería: las enfermeras españolas toman más decisiones que las holandesas, se percibe a la enfermera española como muy profesional y la calidad en la información que se daba fue mayor. Por otra parte, un 10% no encontraron diferencias entre ambos sistemas sanitarios.

• INDUMENTARIA / IDENTIDAD PROFESIONAL

El 45% destacó el uniforme de Enfermería como importante para poder distinguir a los profesionales.

• ACTITUD DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

El 54% refirió encontrarse satisfecho con la actitud demostrada por las enfermeras. De esta actitud destacaron especialmente: su imagen de seguridad, la accesibilidad del propio profesional, la dedicación y atención, así como su amabilidad y respeto hacia el paciente.

Consideraron también importante, traer de su país de origen su Historia Médica, con antecedentes médicos de interés, alergias..., traducido al español.

- **EXPECTATIVAS DEL PACIENTE HACIA LA ATENCIÓN DEL PROFESIONAL**

El 36% de los entrevistados esperaba más atención y más comunicación del profesional de Enfermería, el 16% no esperaba nada pero su impresión final fue valorada como positiva y en el 48% sus expectativas se vieron superadas.

- **TÉCNICAS-CUIDADOS-ESPECÍFICAS DE ENFERMERÍA:**

Aunque en este apartado el 93% tampoco presentó ningún problema, se identificaron algunos comentarios acerca de la destreza de los profesionales a la hora de canalizar vías periféricas, indicando que algunos tenían dificultades mientras que otros eran muy eficaces.

En cuanto a otros cuidados básicos como la higiene, el 91% no presenta ningún problema, excepto en algún caso que refería que el personal resulta inaccesible y poco comunicativo durante las higienes.

- **SERVICIOS PERIFERICOS:**

- **INSTALACIONES-HABITACIONES:**

El 95% de los participantes consideraron de lujo las habitaciones, con correctas instalaciones y considerando como algo muy positivo disponer de TV internacional, para seguir conectados con su país.

- **PLANIFICACION DE CUIDADOS.**

Mientras que el 55% de los participantes no refieren tener algún problema al respecto, encontramos opiniones dispersas en el 45% restante haciendo referencia al ruido (“escándalo”) de los profesionales, a los horarios establecidos de sueño y a las interrupciones debidas a la administración de medicación.

- **SERVICIOS HOSTELERIA**

El 85% se quejó del tipo de comidas, de los alimentos en sí, la preparación y pidieron cambios en la distribución y cantidad de las diferentes comidas: desayunos más abundantes y cena más frugal.

- **SERVICIO DE INTÉRPRETES: IDIOMA-COMUNICACIÓN.:**

El 95% de los entrevistados comentan el problema de la diferencia de idiomas. A su vez destacan este problema como algo común ya que el profesional no habla holandés pero ellos tampoco pueden comunicarse en español. Se destacó como positivo el hecho de que los profesionales intentasen hacerse entender y como negativo el que algunos ni siquiera hablasen en inglés.

Todos Se refieren a la ayuda del servicio de intérpretes como algo fundamental como vehículo de comunicación y ayuda en todo momento de su hospitalización.

CONCLUSIONES

Los pacientes holandeses con los cuales se trabajó en la muestra tenían una edad media de 62 años, lo que nos hace presuponer que parten de costumbres y hábitos muy arraigados a la cultura propia que influirán en su percepción del mundo y de los fenómenos que acontecen a su alrededor. En relación con esto, aquellos que menos problemas presentaron a la hora de adaptarse a hábitos distintos a los habituales fueron aquellos que aún procediendo de otros orígenes étnicos -Polinesia, India, Tailandia e Indonesia- residían desde hacía más de 20 años en Holanda, quizás porque anteriormente ya habían experimentado en sus vidas la experiencia de tener que adquirir costumbres de la tierra que les acogió; es por ello que son mucho más tolerantes con las costumbres de otras culturas como en este caso la española y específicamente la cultura alicantina.

Resulta llamativo también el hecho de que la media de edad para los hombres que participaron en la muestra fue 10 años menor que la media de edad de las mujeres, lo cual nos indica que además de haber más mujeres con este tipo de problemas –a nivel de cadera y rodilla- suelen ser más mayores cuando acuden al sistema sanitario para intentar solucionarlos.

Los pacientes centroeuropeos contemplan el uniforme de enfermería como algo apropiado de acuerdo a la organización del sistema sanitario pero no lo consideran un elemento necesario desde una perspectiva funcional.

Tienen claro que el problema del idioma es común, tanto de ellos como de los profesionales y en algunos casos sugieren que ellos deberían recibir algún curso de idiomas. Reconocen el esfuerzo que realizan los profesionales por hacerse

entender, no se quejan directamente del hecho de que no hablen holandés o por lo menos inglés pero suelen hablar mejor de los profesionales que pueden comunicarse con ellos en su misma lengua o en una lengua común y sugieren indirectamente que debería haber por lo menos alguien en todos los turnos que pudiese comunicarse sin ningún problema con ellos. Los problemas de comunicación se agudizan en el entorno hospitalario, aumentando la ansiedad y el recelo de los pacientes en el postoperatorio inmediato, por lo que los pacientes incrementan los efectos secundarios a una intervención, como el dolor o la agitación.

Aunque la institución sanitaria elabora un menú típico de Alicante, parecen reacios al mismo concluyendo aquí que la situación de verse ingresado o con un problema de salud está reñida con el exotismo de las costumbres típicas de un área cultural diferente a la propia. Sin embargo, es mayor la predisposición de los acompañantes a realizar turismo por la zona y a probar nuevos sabores, productos y platos típicos. Parece que conforme se va dando la recuperación del paciente y este se va acostumbrando al contexto clínico van adquiriendo un nivel de adaptación superior y plantean menos problemas.

La imagen de Enfermería es observada en relación a la imagen que desde sus países tienen sobre España y en especial sobre las comunidades del Mediterráneo, ya que se sorprenden que los profesionales sean limpios y pacientes con ellos.

Es interesante destacar el problema que les plantea determinados patrones culturales como el del tono de voz, ya que el del español lo consideran como muy alto y escandaloso.

Aunque en general destacan una buena comunicación en todos los ámbitos, parece que durante los momentos de más intimidad como la higiene se acusa más la falta de comunicación por parte de los profesionales.

A nivel de calidad podemos decir que la Enfermería española supera positivamente todos los criterios de calidad planteados en el diseño, destacando que:

La institución les aporta profesionales fiables, empáticos y comunicativos, aún tratándose de idiomas diferentes, seguros de su trabajo y que a su vez transmiten seguridad al paciente, con capacidad de respuesta, de establecer una opinión, así como resolutivos, respetuosos con respecto a los momentos íntimos, aunque poco comunicativos y cercanos durante la realización de los mismos.

Por otra parte, diferenciables por su indumentaria y en sus funciones, así como dotados del material suficiente a la hora de trabajar, realizando la mayor parte de las veces una buena praxis de la disciplina enfermera.

Y en cuanto a la alimentación, horarios de la misma y horarios de descanso parece ser que aún habiéndoles proporcionado las mismas condiciones que ante un paciente español supondrían factores determinantes de una calidad positiva, enfocados al paciente extranjero no ocurre igual y se destaca por no haberlo considerado de calidad.

Desde la perspectiva de la satisfacción también parecen haber quedado satisfechos, en líneas generales, con la atención recibida por Enfermería, especialmente en puntos como:

- La limpieza.
- La formación de los profesionales.
- La educación y el respeto mostrado hacia ellos.

Su interés por hacerse entender y entablar conversaciones aún no hablando el mismo idioma.

Sin embargo, no parecen tan satisfechos con necesidades tan básicas como los productos presentados en las dietas, la falta de interés demostrada por sus horarios de comidas y descanso.

Un aspecto relevante a destacar es la receptibilidad al cambio por parte de la institución y del propio personal.

El proyecto continua adelante dentro de la Clínica Vistahermosa, las estadísticas lo demuestran, además el personal parece concienciado sobre las necesidades de estos pacientes y en su mayoría conocen ya algunas palabras que han aprendido del idioma holandés.

Podríamos decir que si la enfermedad o la situación de ausencia de salud a la que se enfrenta este tipo de paciente supone un cierto riesgo para la vida –ya que esta relacionada con una intervención quirúrgica de alto riesgo y que le condicionara posteriormente- todos los recursos del paciente –a nivel físico, mental, emocional y espiritual- entran en funcionamiento para buscar un equilibrio a todos los niveles en el ser humano y combatir esa situación, por lo tanto parece que al individuo le quedan pocos recursos para aquello a lo que llamamos satisfacción o salud productiva. Es ante estas situaciones donde queda aun mas justi-

ficada la actuación por parte de Enfermería al asumir el grueso de procurar que el paciente se encuentre satisfecho ya que este pondrá menos de su parte que en una situación de salud completa.

Por otra parte el paciente holandés cumple el perfil del clásico “paciente sin poder” o “paciente débil” que no protesta y que hace lo que se le dice sin demandar aquello que creen que les corresponde o un nivel más alto de atención sanitaria. Quizás esto venga relacionado con el hecho de que para expresar algo lo hacen a través de la responsable del Departamento de Extranjeros y raras veces a través del personal –cuando consiguen entenderse- y nunca por ellos mismos

Todos los entrevistados refieren plena confianza en esta proyecto de disminución de listas de espera entre países de la unión europea y en concreto entre Holanda y España y no tienen ningún problema en volver a incluirse en el o recomendarlo a sus familiares y amigos.

Todos los entrevistados coinciden en la importancia de conocer de antemano al médico desde Holanda ya que es un nexo de unión Holanda-España, considerado al máximo como profesional, la mayoría admite que es el como médico traumatólogo (profesional) y como excelente persona, no es su nacionalidad lo más importante sino que sea el.

Que el fisioterapeuta sea holandés aunque vive en España les agrada sobre todo por el tema de la comunicación.

Respecto al resto de profesionales ,que sean españoles les parece muy bien , alaban la profesionalidad del equipo de anestesia por el control del dolor que realizan, Tb. la buena predisposición de enfermería y los cuidados realizados,inciden en el tema del idioma como factor a tener en cuenta e intentar mejorar.

Para los pacientes la prioridad del viaje es el tema de la intervención quirúrgica y que todo salga bien, lo preparan como si fueran a una clínica de su país.

Ante la posibilidad de realizar alguna actividad de turismo, el paciente le gustaría, pero lo desechan por problemas de organización. Los acompañantes por el contrario si que llegan con la esperanza de realizar alguna visita por la ciudad, gastronomía...

La mayoría de los pacientes se van con una buena sensación por el problema de salud resuelto que era su prioridad y pensando en volver para conocer mejor la ciudad y su entorno.

Los acompañantes también piensan en volver ya que sus visitas por la ciudad se limitaron al entorno cercano de Clínica Vistahermosa.

Este trabajo también nos pone de manifiesto un paso hacia un tipo de sistema sanitario universal europeo, donde los paciente puedan circular por las Eurregiones sin grandes problemas de adaptación, donde sean siempre informados y existan unos estándares para con sus cuidados en salud, convirtiéndose en un modelo de sistema sanitario global y común a los intereses europeos.

La existencia de sociedades multiculturales es una realidad creciente en muchas partes del mundo, lo que viene suscitando un profundo y continuado debate sobre las diversas valoraciones que se hace del término multiculturalismo cuando se liga a modelos de sociedad. Nuestra posición es: el multiculturalismo no debe abordarse como un problema, sino como un proceso inevitable que describe una realidad observable: la coexistencia dentro de un mismo territorio de culturas diferentes.

Desde una posición transcultural el debate debe centrarse en la gestión del espacio público para que incluya las realidades culturalmente diversas existentes en el espacio privado. La palabra clave es la integración de culturas, aludiendo a un estado que supera las tendencias contrarias a la asimilación y a la segregación de las comunidades culturales.

Desde el punto de vista de la enfermería el multiculturalismo constituye una gran oportunidad para constatar la universalidad de los cuidados y su diversidad de manifestaciones culturales según M. Leininger: la práctica de los cuidados entre los seres humanos es un fenómeno universal, pero las expresiones, procesos y modelos de cuidados varían de una cultura a otra; y por su puesto también se estudia el tema en otros modelos como: el Modelo de Competencia Cultural de Purnell, el Modelo ético de Competencia Cultural de Pacquiao o el de las Tradiciones Culturales de Spector.

En el caso de los pacientes holandeses en España se ha podido constatar que su concepto de salud es el resultado de una reinterpretación cultural a consecuencia de su integración en la nueva cultura: prevalece una explicación holística basada en los valores de la cultura indígena (entorno, mitología, religión, determinismo, remedios tradicionales, etc.) a la que se incorpora el concepto biomédico de la cultura de acogida, que le proporciona recursos sanitarios hasta ahora desconocidos o inaccesibles.

Es fundamental que las enfermeras sean sensibles a las particularidades de cada cultura, ya que las diferencias en cuanto a creencias, valores y comportamientos sobre la salud determinan las expectativas de los pacientes respecto a los cuidados de enfermería. Por otra parte las intervenciones de enfermería que incorporan prácticas específicas culturalmente adaptadas producen mayores satisfacciones en los clientes.

En unos momentos en que los sistemas de salud están experimentando procesos de transformación importantes, Enfermería debe mantener una actitud activa y participativa para que las propuestas de cambio sean sensibles a la diversidad cultural y responder a los retos de salud de una sociedad cada vez más compleja, para lo cual se debe de promover la formación intercultural a los profesionales de la salud.

Una visión transcultural enfermera posibilitará su integración en los servicios generales del sistema de salud, evitando así el riesgo de crear guetos asistenciales y segregar a estas poblaciones.

En definitiva, este tipo de trabajo resulta útil para la aproximación minuciosa a los problemas que los pacientes / clientes procedentes de otras culturas plantean a las instituciones sanitarias de acogida y a los profesionales de Enfermería en cuanto a sus necesidades, a la organización e incluso a las funciones de los mismos. Es cierto que la aproximación a estos puntos positivos y negativos de la atención ha sido llevada a cabo desde diferentes perspectivas que en conclusión han sido efectivas.

Para terminar nos gustaría comentar la gran satisfacción que ha producido en el equipo investigador de Clínica Vistahermosa el poder mostrar resultados y conclusiones acerca de un tema tan poco explotado como es el de los pacientes extranjeros hospitalizados en España, concretamente en Alicante y su repercusión en el desarrollo y evolución sociocultural de la comunidad alicantina.

Equipo Investigación Clínica Vistahermosa, Alicante: Isabel Casabona , Manolo Lillo, Roberto Galao, M^aDolores Mora.

BIBLIOGRAFÍA

- AMEZCUA, M (2000) El trabajo de campo en salud.Revista Index de Enfermería (Gran), 30:30-35.
- CASABONA (2002) Cuidados al inmigrante-residente.Repercusion en cuidados Intensivos."Enfermería en Europa"Hospital General de Alicante.Edita: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana, N° 33, p203-209.
- CASABONA I. (2003)"Enfermería y Gestión de la Transculturalidad en el contexto de la practica clinica: Analisis de la Calidad percibida por el paciente de nacionalidad holandesa, perteneciente al proyecto Sanitario: Plan de Choque Europeo, hospitalizados en Clínica Vistahermosa de Alicante, España". Suficiencia Investigadora, octubre 2003.Programa de Doctorado en Antropología Biológica y de la Salud.Universidad de Alicante.Index de Enfermería. (Base de datos)
- IGNACIO, E. (2000) La adaptación del Modelo Europeo de Gestión de la Calidad Total a los cuidados de Enfermería hospitalarios.Enfermería Científica.N°214-215
- LEININGER, M. (1991) Culture care diversity & universality: A theory of nursing. NLN, Nueva York.
- LEININGER, M. (1994) Nursing and anthropology: Two worlds to blend. Greyden Press, Columbus.
- LEININGER, M. (1995) Transcultural nursing. McGraw-Hill, Nueva York.
- LILLO M. (2003) "Enfermería Transcultural aplicada al Proyecto Plan de Choque intereuropeo holandés en Alicante:" Estudio sobre la satisfacción del paciente holandés y la competencia cultural del profesional de Enfermería de la Clínica Vistahermosa".Suficiencia Investigadora, octubre 2003.Programa de Doctorado en Antropología Biológica y de la Salud.Universidad de Alicante.Index de Enfermería. (Base de datos)
- LILLO M., CASABONA I. , GALAO R., MORA MD. (2003).Enfermería Transcultural en el contexto de la práctica clinica.Evaluacion de la calidad y de la satisfacción en los cuidados a extranjeros centroeuropeos hospitalizados en la Clínica Vistahermosa de Alicante. Revista Investigación y Cuidados.Vol 1.N° 1 p: 7-11.Edita Organización Colegial de Enfermería de la Comunidad Valenciana.
- LORENZO M., MIRA JJ., SÁNCHEZ E. (2000).Gestión de Calidad Total y Medicina Basada en la Evidencia.Medicina Clinica, vol: 114.N° 12, p: 460-463.
- PEYA, M (1999) La enfermería clínica en la mejora de la calidad.Revista Enfermería clínica, Vol. 6, N°1.p:46-50.

- PERLA, L. (2002) Patient compliance and satisfaction with nursing care during delivery and recovery. *Journal of Nursing Care Quality*, Jan; 16(2):60-6.
- SILES, J. (1992) La Enfermería comparada: un instrumento para canalizar y sistematizar las experiencias y conocimientos de una profesión transnacional. *Enfermería Científica*. N^o 124-125.
- ZEITHAML, V.A., Parasuraman, A y Berry, L.L (1993) Causas potenciales de deficiencias en la calidad de los servicios. En *Calidad Total en la Gestión de Servicios*. Ediciones Díaz de Santos. Madrid; pp 39 – 58.

VACUNACIÓN EN INMIGRANTES. GUÍA DE ACTUACIÓN

Ana M^a Vivas Broseta
*Enfermera de Pediatría en Atención Primaria
Centro de Salud Faura. Valencia. Area 3
Miembro del Grupo de Trabajo en Vacunaciones CECOVA*

INTRODUCCIÓN

El incremento de población inmigrante en nuestro entorno durante la última década, principalmente desde comunidades socioeconómicamente deprimidas, “inmigrantes económicos”, procedentes de países de baja renta (PBR) con sistemas sanitarios deficitarios, en lo que se refiere a salud pública, ha condicionado ciertos problemas en la atención sanitaria, especialmente problemáticas con respecto a la situación vacunal. En primer lugar, la mayor parte de los países de origen cuentan con unos calendarios de vacunaciones que podríamos considerar de mínimos, que no incluyen algunas de las vacunas incluidas en nuestros calendarios. En segundo lugar, las coberturas alcanzadas por estos calendarios son bajas y, a menudo, calculadas a partir de unos sistemas de información deficientes.

En muchas ocasiones se desconoce el estado vacunal del inmigrante, o se sabe que se halla insuficientemente vacunado. En nuestro país están expuestos a infecciones comunes ante las cuales la mayoría de la población autóctona se encuentra inmunizada, aunque al mismo tiempo, pueden convertirse en agentes transmisores de enfermedades endémicas de sus países.

Por otro lado, es frecuente que los inmigrantes tiendan a agruparse en las grandes ciudades en función de su origen. Todo ello hace que estos colectivos generen bolsas de baja cobertura vacunal especialmente susceptibles de padecer brotes epidémicos de enfermedades vacunables que se consideran controladas en nuestro medio. En otras ocasiones la precariedad residencial, legal y laboral constituye un obstáculo para su acceso a los servicios médicos públicos.

Las autoridades sanitarias han tendido a establecer mecanismos que garantizan la asistencia sanitaria de estas poblaciones, permitiendo el acceso al sistema sanitario. Los profesionales sanitarios responsables de vacunas tienen que hacer frente a situaciones claramente diferentes a las planteadas por el resto de la

población, y necesitan tener un conocimiento de la situación en la que acceden estas personas así como unas recomendaciones claras de actuación tendentes a alcanzar una situación vacunal correcta, evitando la administración innecesaria de vacunas pero garantizando, a la vez, la adaptación al calendario oficial de nuestra Comunidad.

El objetivo final es garantizar el control de las enfermedades vacunales en la totalidad de la población residente en nuestro entorno. Por ello el Grupo de Trabajo en Vacunaciones del CECOVA junto a sus colaboradores elabora “La Guía de vacunaciones para inmigrantes” que pretende ser un instrumento que ayude a los profesionales de nuestro sistema sanitario a llevar a cabo esa actividad tan fundamental que denominamos vacunación.

ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES EN LOS PAISES CON ALTA EMIGRACIÓN

En los últimos años se ha incrementado de forma notable la inmigración procedente de los países subsaharianos, Sur y Centro América y los países del Este de Europa. Cada uno de los colectivos presenta diferencias importantes en cuanto el estado vacunal, variando, incluso dentro de los oriundos de un país en función de la edad del inmigrante.

Los países de Europa Oriental padecieron hace unos años una epidemia de difteria que se cobró cientos de muertes. En la mayoría de los países de Sudamérica las coberturas de vacunación frente a Difteria-Tétanos-Tosferina son muy bajas.

La mayoría de los países de Sudamérica no han introducido en sus calendarios hasta hace muy poco la vacuna frente a la rubéola, y frente al Sarampión estos países, Magreb y subsaharianos, vacunan por debajo de los 12 meses, por lo que a efectos de la actualización del calendario, no debe contabilizarse por la probable interferencia con los anticuerpos maternos. Debe recordarse la epidemia producida en Brasil, República Dominicana y Haití así como en la Comunidad Europea donde se han registrado recientemente brotes de Sarampión, en Dinamarca, Reino Unido, Bavaria (Alemania) e Italia (Campania).

Respecto a la poliomielitis la erradicación mundial de la enfermedad se ha visto demorada por la dificultad de su control en países subsaharianos. La OMS

emitió el certificado de erradicación de la polio en la Región Europea el pasado mes de junio, por lo que considera a esta región libre de polio salvaje.

En algunas zonas de prevalencia alta de Hepatitis B hasta el 70-90% de la población ha estado en uno u otro momento en contacto con el virus. La vacuna frente a la hepatitis B no se encuentra generalmente en los calendarios de vacunación rutinarios de la mayoría de los países.

FIABILIDAD DE LA DOCUMENTACIÓN

Valorando los datos procedentes de niños adoptados de terceros países, hay que tener en cuenta, que la mayoría de ellos carecen de registros de vacunación, y que los que lo aportan no suelen estar vacunados frente a rubéola, hepatitis B, haemophilus influenzae tipo b, o neisseria meningitis grupo C. Además, la fiabilidad de los registros es cuestionable, especialmente los que proceden de China, Rusia o de países de la Europa del Este, sobre todo si se refieren a niños de orfanatos, por otra parte son normalmente más fiables los datos vacunales procedentes de los países sudamericanos, India y Corea. Las dudas en estos casos deben soslayarse investigando serológicamente su estado inmunitario específico si es posible, o administrando la totalidad de las vacunas propias de su edad y Comunidad Autónoma donde se encuentre.

ADAPTACIONES VACUNALES PARA NIÑOS Y ADULTOS INMIGRANTES O ADOPTADOS INTERNACIONALMENTE

Ante la situación especial de niños inmigrantes, por la posibilidad de existencia de casos susceptibles de vacunación en estos colectivos e incluso que se extiendan al resto de la población, es necesario:

- Plantear acciones formativas dirigidas a estos colectivos.
- Intentar conocer la situación vacunal de estos niños.
- Solicitar a los inmigrantes o sus representantes legales una documentación oficial sobre el tipo y secuencia de las inmunizaciones recibidas.
- Aprovechar cualquier contacto con el sistema sanitario regularizar su situación vacunal.
- Iniciar o completar de inmediato el calendario vacunal pertinente, siguiendo la pauta habitual cuando sea posible o adoptando pautas aceleradas.

- Examinar paralelamente su estado de salud, para detectar a los portadores de enfermedades transmisibles y tomar las medidas profilácticas oportunas.
- Reevaluar su situación de retorno a sus países de origen.
- Indicar las vacunas que sean necesarias para viajar al país de origen o de sus padres.

Las interrupciones de las pautas vacunales, la administración de dosis vacunales antes de las edades o intervalos mínimos recomendados, las pautas para niños no vacunados durante el primer año de vida, el aumento de adopciones internacionales, la ausencia de vacunaciones concretas o la vacunación de niños y/o adultos de familias inmigrantes nos plantean en la práctica asistencial enfermera multitud de dudas que si no son resueltas rápida y satisfactoriamente en nuestras consultas, pueden influir en la práctica incorrecta de las inmunizaciones activas del individuo y por tanto en la comunidad. Por ello, es conveniente recordar algunas consideraciones importantes para nuestro medio:

Si no se tiene constancia clara de que una vacuna ha sido administrada, no existe un registro escrito o éste es confuso o impreciso, debe considerarse que la vacuna no ha sido aplicada y que el niño/ adulto no está bien vacunado, debiéndose proceder a la administración de la vacuna.

Debe aprovecharse cualquier contacto del inmigrante con el sistema sanitario, ya que a veces es difícil que acudan, especialmente si se trata de niños sanos, para administrar las inmunizaciones necesarias.

Ante la duda sobre el estado vacunal de un niño, se debe reiniciar de nuevo la vacunación correspondiente a su edad, optando por las pautas aceleradas.

La vacuna antisarampión administrada en ciertos países es, a menudo, monovalente, por lo que no aporta protección frente a Rubéola y Parotiditis. Además suele introducirse a los 9 meses, es importante revisar este dato, y administrar una dosis de triple vírica si el niño ya ha cumplido los 15 meses. Se deben administrar dos dosis de vacuna recibidas con más de 12 meses de edad, mejor en la forma de vacuna triple vírica. En los adultos basta con una sola dosis.

La vacunación neonatal contra la Hepatitis B en hijos de madres portadoras de HbsAg se aplica en ocasiones pasada la primera semana de vida, lo que no asegura la prevención de la transmisión vertical del virus.

Además, en los recién nacidos hijos de inmigrantes resulta doblemente conveniente la vacuna contra la hepatitis B. Antes de su administración se recomienda realizar pruebas serológicas. Pueden haber padecido en sus países de origen enfermedades transmisibles inmunizantes que deben ser conocidas para evitar su difusión, siendo la Hepatitis B la más frecuente.

La inmunización contra tétanos-difteria-tosferina se recomienda hasta los 6 años con 4-5 dosis según la edad, después de esta serán necesarias tres dosis de la presentación tétanos-difteria.

Se considerará correcta la vacunación contra la poliomielitis con cuatro dosis previas a los seis años. Actualmente se administra VPI, como resultado de la erradicación de la polio en la región europea.

La mayoría de los niños que provienen de PBR, han recibido la vacuna BCG al nacimiento, este dato se puede confirmar buscando la cicatriz en el deltoides, será importante a la hora de interpretar una prueba tuberculínica.

A los niños menores de 5 años se les deberá vacunar contra el *Haemophilus influenzae* tipo b, ya que esta vacuna no se administra de forma sistemática.

Los niños y adolescentes inmigrantes deberán así mismo recibir las dosis adecuadas a su edad contra el meningococo serogrupo C.

La vacunación contra la gripe y neumococo está indicado como para el resto de los españoles: mayores de 65 años, déficits inmunológicos, entre otras.

Los inmigrantes se desplazan con relativa frecuencia a sus países de origen, por períodos de tiempo largos para visitar a sus familiares, si se prevé esta posibilidad, según su destino, se deberían administrar además las vacunas contra la hepatitis A, fiebre amarilla, antimeningocócica A+C o tetravalente (A,C,Y,W135), triple vírica, BCG, antitifoidea, contra la rabia, contra la encefalitis japonesa, así como aconsejar la quimioprofilaxis y otras medidas de control para la malaria, a todo inmigrante que se desplace a una zona endémica.

PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN: LA BARRERA DEL IDIOMA

Ante la barrera lingüística que supone tratar con niños o adultos de diferentes países, el grupo de trabajo en vacunaciones, en la elaboración de “la Guía de vacunaciones para Inmigrantes” elaboró unos cuestionarios pre-vacunales en

castellano, inglés y francés. La mayoría de los inmigrantes adultos procedentes del norte de África tienen como idioma el francés, los procedentes del África Subsahariana tienen conocimientos de este idioma o de inglés (países colonizados por estas dos naciones), los procedentes de países del Este de Europa pueden tener conocimientos de inglés o facilidad para comprender el castellano. Únicamente los procedentes de países de Asia presentan importantes problemas de comprensión y adaptación lingüística.

Estos cuestionarios tienen preguntas tales como: ¿está enfermo hoy?, ¿es alérgico a medicamentos, a alimentos o a alguna vacuna?, ¿ha tenido previamente una reacción importante a alguna vacuna?, ¿ha tenido convulsiones o algún problema cerebral?, entre otras. Preguntas que nos aseguran el buen entendimiento del inmigrante y al mismo tiempo nos pueden hacer pensar en la existencia de alguna verdadera contraindicación de las vacunas. Dichos cuestionarios están elaborados para la autolectura y firma del usuario.

CALENDARIOS VACUNALES INFANTILES OFICIALES

Un Calendario vacunal es una secuencia cronológica de inmunizaciones que se administran de forma sistemática en un país o área geográfica concreta, y cuyo objetivo es obtener una protección inmunitaria adecuada en la población frente a las enfermedades que son tributarias de vacunación. El Calendario Vacunal debe ser eficaz, pertinente y actualizado.

En 1964 el Ministerio de Sanidad propuso el primer calendario vacunal oficial de ámbito nacional, que no se modificó hasta 1981. A partir de entonces, y como consecuencia de la progresiva descentralización de la sanidad y de las transferencias de la Salud Pública a las Comunidades Autónomas, se han realizado sucesivas modificaciones del original. En los últimos años se ha producido una importante convergencia en los calendarios oficiales de las diferentes Comunidades Autónomas, así como una notable actualización de las pautas vacunales de todos ellos. Aunque todavía persisten algunas diferencias entre ellos, estas son cada vez menos relevantes. Además, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud procede a consensuar cada año las recomendaciones del calendario vacunal, así como estudiar las nuevas inclusiones de vacunaciones como actualmente: Hepatitis A, varicela y vacuna antineumocócica conjugada de 7 serotipos en niños menores de 2 años.

En la atención a los niños y adultos inmigrantes nuestro objetivo asistencial será igualar su estado inmunológico al calendario vacunal oficial de la Comunidad Autónoma donde se encuentre. Es por esto que en esta Guía, ofrecemos las fuentes de información que nos han parecido más fiables respecto a calendarios oficiales del mundo, por lo que recomendamos que sean consultadas en caso de necesidad para su actualización frecuente.

DIRECCIONES DE INTERES EN INTERNET

CALENDARIOS VACUNALES OFICIALES.

(www-nt.who.int/vaccines/GlobalSummary/Immunization/ScheduleSelect)

<http://cisid.who.dk/VIP/IMM>).

<http://cisid.who.dk/VIP/IMM>).

www.paho.org/default.spa.htm).

(www-nt.who.int/vaccines/GlobalSummary/Immunization/ScheduleSelect)

ORGANISMOS OFICIALES

www.msc.es

www.san.gva.es

<http://dgsp.san.gva.es>

<http://dgsp.san.gva.es/rvn>

www.who.int/es/index.htm

<http://cisid.who.dk/>

www.who.int/vaccins/index.shtml

www.cecovac.com

www.vacunologia.com

www.aev.es

www.aeped.es/vacunas/index.ht

BIBLIOGRAFÍA

- Guía de Vacunaciones para Inmigrantes. Série M nº 42. Manuales. Generalitat valenciana. Conselleria de Sanitat. 2003. Valencia.
- ACIP, AAFP. General recommendations on immunization. MMWR 2002;51:RR-2
- AAP. 2000 Red Book: report of the Committee on Infectious Diseases. 25 th ed. Elk Grove Village, IL: AAP; 2000

- ACIP. Measles, Mumps, and Rubella-vaccine use and strategies for elimination of measles, rubella, and congenital rubella syndrome and control of mumps. MMWR 1998;47:RR-8
- ACIP. Prevention of varicella: updated recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. MMWR 1999;48:RR-6
- Aristegui de, Javier. Vacunaciones en el niño. De la teoría a la práctica. Ciclo Editorial. 2004 Bilbao.
- Manual de vacunas en pediatría. Edición 2001. Comité asesor de vacunas. AEP. 2001 Madrid.
- Modificado de: Immunization Action Coalition. Understanding the screening questionnaire for child and teen immunization. Needle tips and the hepatitis B coalition news 2001;11:6
- Picazo, JJ. Guía práctica de vacunaciones para enfermería. GlaxoSmithKline. 2003 Madrid.
- Cuestionarios editados por el Programa de Vacunaciones de la Región de Murcia.

MESA II

**INMIGRANTES Y ACCESOS
AL SISTEMA SANITARIO**

M^a Catalina Hernández Aznar
Trabajadora Social Centro de Salud Villena

INTRODUCCIÓN

Las Trabajadoras Sociales del área 17 de Salud, desde nuestros Centros hemos estado trabajando, entre otros sectores, con la población inmigrante desde su llegada a nuestras zonas.

Interesadas por el fenómeno de las migraciones se realizó un estudio demográfico, englobado en fechas de Enero 2000 hasta Junio 2002.

Por ello hemos querido continuar con el estudio, las Trabajadoras Sociales de los Centros de Salud de: marina Española, Aspe, Petrel y Villena, en una franja de tiempo igual a la del primer estudio, para poder destacar algunas variables de interés (Momento álgido de entrada de inmigrantes, nacionalidades más frecuentes, franjas de edades,...)

En nuestra exposición vamos a describir los diferentes accesos existentes que actualmente hay para integrarse al sistema sanitario, el número de Tarjetas Sanitarias que se solicitan desde nuestra área de Trabajo Social y renovaciones de las mismas, y algunas variables demográficas de la población inmigrante que hay en nuestras zonas desde Junio de 2002 hasta Diciembre de 2004.

Por otra parte queremos destacar el tiempo real de uso que tienen las tarjetas sanitarias del Decreto 88/89, en nuestra Comunidad.

1.- ACCESOS AL SISTEMA SANITARIO

Para acceder a la asistencia sanitaria en la Comunidad Valenciana pueden hacer a través de diferentes supuestos. Estos son:

1.- Situaciones especiales, con aportación farmacéutica para menores y embarazadas.

2.- Extranjeros extracomunitarios con permiso de trabajo y contrato laboral. En este caso accederán al sistema sanitario a través del DECRETO 126/99, como cualquier trabajador español, con aportación farmacéutica.

3.- Todas las personas extranjeras extracomunitarias, que residan en nuestra Comunidad Valenciana, empadronados o no y que carezcan de recursos mínimos, pueden solicitar la Tarjeta Solidaria y la del Decreto 88/89, sin aportación farmacéutica.

En nuestro trabajo diario con la población inmigrantes es este último modelo es más utilizado para facilitar a este colectivo el acceso a la asistencia sanitaria.

La concesión de esta Tarjeta Sanitaria viene determinada por la situación socio-económica de la unidad familiar, declarados por los interesados y ratificados por la Trabajadora Social que realiza en su informe.

En el caso de no concederse, solo podrán volver a solicitarlo pasados 6 meses de su denegación , quedando sin cobertura sanitaria a excepción de los casos de urgencia.

Por otra parte cabe resaltar en este apartado la situación real de cobertura sanitaria, desde su solicitud hasta la recepción de la TAS. Actualmente nos encontramos con un margen de más de 7 meses de espera. La causante de este espacio tan amplio en el tiempo, no es otro que los escasos recursos humanos de los que dispone nuestra Unidad de Afiliación y Validación de Alicante, que resulta “ineficaz”, ya que no solo atienden las solicitudes formuladas por todos/as Trabajadores Sociales, sino también las numerosas consultas telefónicas que cada uno de los profesionales de los Centro de salud hacemos a esta Unidad para poder trabajar con los usuarios, que acceden a nuestros servicios diariamente. Por poner un ejemplo que justifique la necesidad de ampliar este servicio, cada trabajador social realiza una media de 7 llamadas al día a dicha Unidad.

Las consecuencias de esta larga espera son varias: destacan las expectativas del futuro usuario sanitario, las consideraciones de las urgencias, aquello que el futuro usuario cree que es urgencia a diferencia de los profesionales sanitarios. Resalta el elevado número de urgencias pediátricas, sobre todo en hospital.

Resaltamos también la caducidad de las tarjetas Sanitarias del Decreto 88/89, que es de un año.

Al usuario le llega a los 7 meses de solicitarla, y posiblemente le caduque bastante antes de un año después de haberla tenido en su poder. Cuando esto ocurre, el usuario acude a las/os Trabajadoras/es Sociales para solicitar su renovación. Formular la renovación es sencillo frente al tiempo de espera, una vez más, para

recibir su renovación, que suele ascender a unos 4 meses. Mientras tanto, es posible que se encuentre con expectativas de posibles estudios clínicos que no se van a poder realizar hasta que no tenga de nuevo médico asignado y renovada su Acreditación por la Unidad de Afiliación y Validación.

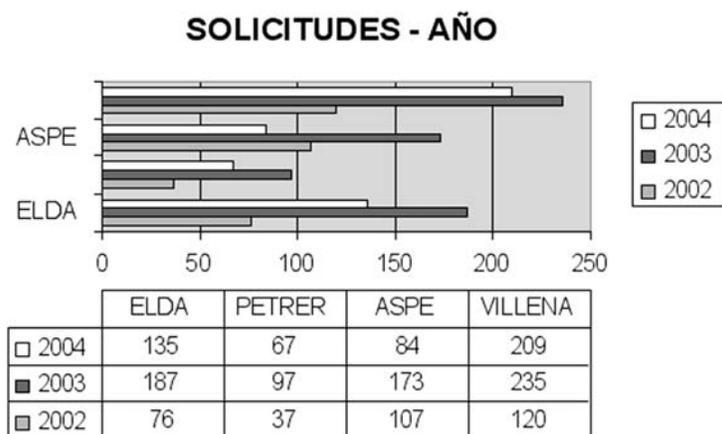
Solo es posible solicitar su renovación con urgencia si el usuario tiene en su poder algún informe médico que acredite que está pendiente de alguna intervención quirúrgica o estudio médico.

Tanto los recién nacidos como los niños en general no se consideran urgentes.

2.- SOLICITUDES DE TARJETAS SANITARIAS

Desde nuestros servicios de atención a la población Inmigrante hemos tramitado durante el periodo de Junio de 2002 hasta Diciembre de 2004 las siguientes solicitudes de Tarjetas Sanitarias de DECRETO 88/89:

2.1.- SOLICITUDES DE TAS SEGÚN DECRETO 88/89



Comentarios:

Resalta Villena por el número de solicitudes, seguido de Elda (Marina Española), Aspe y Petrel.

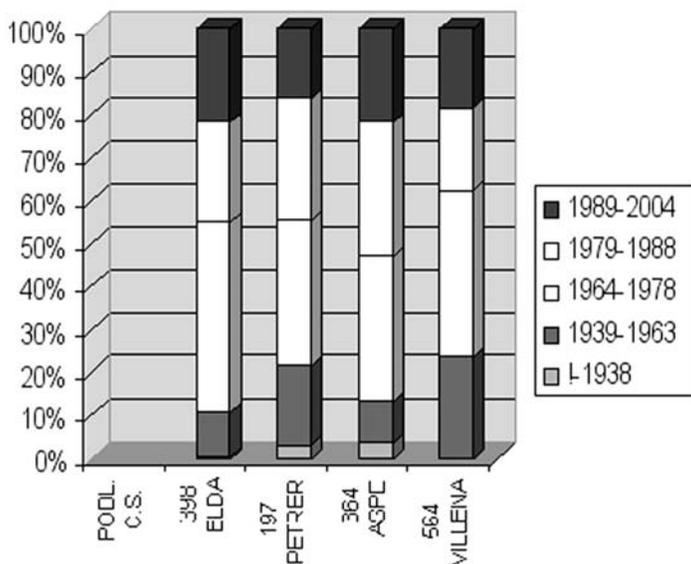
Ante esta tabla de solicitudes de Tarjetas sanitarias de Decreto 88/89 destaca el momento álgido de solicitudes que tuvo durante el periodo de los años 2002 y 2003.

En cada población ha habido un aumento diferente de población inmigrante según su actividad laboral. Podemos demostrar que aquellas zonas vinculadas más al sector agrícola, como Villena y Aspe, han tenido un aumento de población inmigrante diferente al de las zonas industriales, como Elda y Petrel, en donde han sufrido un retroceso en la actividad industrial.

Así pues resumimos diciendo que la llegada de los inmigrantes a nuestras zonas ha ido en aumento desde el año 2000, teniendo su momento álgido en el periodo de 2002-2003, y disminuyendo hasta la fecha. Por otra parte los que llegaron van consiguiendo establecerse y asentarse. De hecho, a través de nuestro estudio hemos comprobado que en la última etapa se solicitan más renovaciones que solicitudes de Tarjetas y que en dichas renovaciones muchas veces ya se modifica la acreditación para la asistencia sanitaria, cambiando la modalidad del Decreto 88/89 por la prestación a través de la Seguridad Social, bien como Titulares o como Beneficiarios de algún familiar.

2.2.- EDAD DE LOS SOLICITANTES

SOLICITUDES DE TARJETAS SANITARIAS POR EDAD

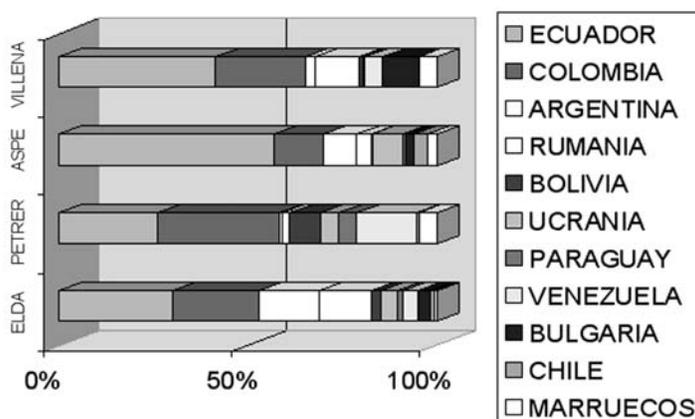


Comentarios:

En este gráfico observamos como destaca la franja de edad de los nacidos entre 1964 hasta 1988, es decir aquellos inmigrantes que se encuentra entre 20 y 40 años. Es sin lugar a dudas una población activa, que llegan con el propósito de encontrar trabajo y estabilidad, para ellos y sus grupos familiares. De hecho destacamos que en nuestras consultas se da en muchas ocasiones la llegada de familiares mayores, padres, tíos u otros parientes de avanzada edad, que llegan posteriormente a que sus descendientes se hayan establecido.

Referente al sexo no resalta la diferencia entre hombre y mujeres.

2.3.- SOLICITUDES Y NACIONALIDADES



Comentarios:

Vuelve a destacar la población inmigrante procedente en primer lugar de Ecuador seguida de la de Colombia. Por otra parte en el último periodo del estudio ha habido un aumento destacable de la población Argentina. En Villena, por el contrario, ha aumentado considerablemente la población procedente de Bulgaria y en Elda de Rumania. En Aspe resalta la población Ucraniana y en Petrel la población procedente de Venezuela.

La única razón que puede explicar estas concentraciones de nacionalidades se debe a la llamada familiar y al asentamiento que hayan tenido.

Hay que mencionar las diferencias culturales y educacionales que se dan en cada una de las nacionalidades.

Referente a los Latinoamericanos, aunque parece que hablamos el mismo idioma realmente no es así. Los giros y expresiones, la rapidez del habla, las dinámicas personales, entre otras, provocan falsos entendimientos, que dentro del territorio sanitario perjudican en la adherencias a los tratamientos, según comentan los compañeros médicos de nuestros Centros de Salud.

Otra razón importante a destacar referente a los comportamientos, es por ejemplo el de las mujeres de Rumania y Bulgaria, que entienden el aborto como medida anticonceptiva.

Ante esto, hay que plantearse mejorar la Educación para la Salud.

3.- CONCLUSIONES

- La población más numerosa corresponde a la población latinoamericana. Seguida de los países centroeuropeos (Ucrania, Rumania y Bulgaria).

- Corresponde a una edad media laboral, entre los 20 a los 40 años, tanto hombres como mujeres.

- La mayor afluencia de inmigrantes a nuestras zonas de salud corresponde al periodo de 2002-2003.

- En el último intervalo del estudio han aumentado las renovaciones a diferencia de las solicitudes.

- La cobertura de asistencia sanitaria que se les concede a la población inmigrante a través de la Tarjeta Sanitaria del Decreto 88/89 resulta ineficaz e insuficiente, por varias razones:

1. Caduca al año.
2. Tarda casi 7 meses en resolverse la TAS desde la Unidad de Afiliación.
3. Tarda casi 4 meses en resolverse su renovación.
4. Durante estos tiempos el inmigrante carece de cobertura sanitaria real.
5. Abusan de las urgencias, exigiendo atención sin discriminar si es o no urgente.
6. Conlleva un enorme coste farmacosanitario, debido a su gratuidad.

Todas estas variables añadidas al uso (mal uso) de la Asistencia Sanitaria antes o después pasarán factura en la atención a toda la población del área.

Por ello las Trabajadoras Sociales nos replanteamos la necesidad de modificar el acceso a la prestación de Asistencia Sanitaria utilizando otra modalidad que acoja a este colectivo, que bien podría asemejarse en su acreditación a la de los desempleados sin recursos económicos, y de primeras, contribuyesen con un 40% en el coste de fármacos.

De esta forma el Principio de Equidad de nuestro Sistema Sanitario Nacional sería coherente con la realidad, a diferencia de nuestro momento actual donde se marca una rotunda injusticia frente al ciudadano español, quién paga impuestos, paga el 40% de coste en farmacia, entre otros.

Concluimos esta exposición apostando por una mejora en el sistema sanitario y una cobertura constante y contributiva para esta población inmigrante.

Nota: Se añadirá un pequeño detalle de embarazos en la localidad de Villena desde el año 2002 hasta la fecha.

**PRIMERAS DEMANDAS Y BARRERAS
DE ACCESO DE LOS SERVICIOS DE SALUD**

Ramón Pedro Asensi Aracil
Abogado Especialista en Derecho de Extranjería

En primer lugar, empezaremos por hacer una clasificación de los extranjeros y las diferentes situaciones en las que se puede encontrar una vez hayan entrado en el territorio español, así distinguiremos:

1.-Comunitarios y familiares de comunitarios a los que se les aplica la legislación comunitaria.

2.-Extranjeros residentes, titulares de una autorización de residencia(temporal o permanente), extranjeros titulares de una autorización de residencia y trabajo bien por cuenta ajena bien por cuenta propia.

3.-Extranjeros en situación de estancia legal bien porque sean titulares de una tarjeta de estudiantes, bien porque estén en España, con un visado turista en vigor o aquellos extranjeros que proceden de aquellos países a los que España no les exige visado para entrar en nuestro territorio, siempre que dicha estancia no exceda de 90 días.

4.-Extranjeros en situación irregular, la irregularidad puede ser desde el inicio cuando no entran en España por un puesto fronterizo o cuando la irregularidad sobreviene pasado un tiempo de estancia legal, bien por caducidad del visado, bien por sobrepasar el límite de 90 días.

Salvo a los nacionales de los Estado miembros de la Unión Europea y aquellos a quienes sea de aplicación el régimen comunitario, se regirán por la legislación de la Unión Europea, siéndoles de aplicación la L.O. 4/2000, modificado por la L. O. 14/2 2003, en aquellos aspectos que pudieran ser más favorables; al resto de extranjeros se les aplicará la L.O. 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social modificado por la L.O. 8/2000 y por la Ley Orgánica 14/ 2003.

El título 1, capítulo I de la citada ley de Extranjería habla de los derechos y libertades de los extranjeros, nosotros comentaremos el artículo 3, el artículo 10, el artículo 12; así en el artículo 3º.I dice que los extranjeros en España de los derechos y libertades reconocidos en el título 1 de la Constitución en los términos establecidos en los tratados internacionales, en esta Ley y en las que regule el ejercicio de cada uno de ellos...

El artículo 10. Derecho al trabajo y a la seguridad social .-1. Los extranjeros que reúnan los requisitos previstos en esta Ley Orgánica y en las disposiciones que la desarrollen tendrán derecho a ejercer una actividad remunerada por cuenta propia o ajena, así como el acceso al sistema de la seguridad social, de conformidad con la legislación vigente.

2. Los extranjeros residentes en España podrán acceder, en igualdad de condiciones que los nacionales de los estados miembros de la Unión Europea, como personal laboral al servicio de las administraciones públicas, de acuerdo con los principios constitucionales de igualdad, mérito y capacidad, así como el de publicidad. A tal efecto podrán presentarse a las ofertas de empleo público que convoquen las Administraciones públicas.

Aunque el artículo 35 de la C.E. solo reconoce el derecho al trabajo a los españoles, ello no significa que los extranjeros no puedan trabajar sino que su derecho al trabajo esta condicionado a que obtengan una autorización de residencia y trabajo para poder desarrollar una actividad laboral.

Partiendo de que la afiliación a la seguridad sociales obligatoria, ya sea la general o especial, el derecho al trabajo conlleva necesariamente el acceso al sistema de la seguridad social, aunque se desligan los derechos de asistencia sanitaria y servicios sociales básico, condicionado en el primer caso al empadronamiento y al segundo a la mera presencia.

Artículo 12. Derecho a la asistencia sanitaria. - 1. Los extranjeros que se encuentren en España inscritos en el padrón del municipio en el que resida habitualmente tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.

2. Los extranjeros que se encuentran en España tienen derecho a la asistencia sanitaria pública de urgencias ante la contracción de enfermedades graves o accidentes, cualquiera que sea su causa y a continuidad de dicha atención hasta la situación de alta médica.

3. Los extranjeros menores de 18 años que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.

4. Las extranjeras embarazadas que se encuentren en España tendrán derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y postparto.

De este modo se establece dos estatus de extranjeros:

- El primer grupo formado por los extranjeros empadronados, los menores de 18 años y las mujeres embarazadas durante el embarazo, parto y post parto y los residentes que tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.

- El segundo grupo formado por los extranjeros que se encuentran en España, que solo tienen acceso a la asistencia sanitaria pública de urgencias ante la contracción de enfermedades graves o accidentes, cualquiera que sea la causa y a la continuidad de dicha atención hasta la situación del alta médica.

La ley 14/1986 de 25 abril, General de Sanidad, establece en su artículo 1.2 que los titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria son todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en territorio nacional. El apartado tercero señala que los extranjeros no residentes en España, así como los españoles fuera del territorio nacional, tendrán garantizado el derecho en la forma que las leyes y los convenios internacionales establezcan.

De la lectura del artículo anterior se podría extraer la conclusión de que los extranjeros que carecen de un permiso de residencia tienen un acceso automático a la sanidad, en igualdad de condiciones que los españoles, una vez haya realizado el trámite del empadronamiento. Anteriormente para la solicitud de la tarjeta sanitaria, se exigía que previamente, junto con el empadronamiento, se solicitara en la tesorería general de la seguridad social un número de afiliación, y en la delegación de hacienda un certificado en el que se indicara no haber realizado la declaración de la renta. En la actualidad estos trámites se han simplificado y para la solicitud de la tarjeta sanitaria se exige el pasaporte, un empadrona-

miento individual y otro colectivo y la declaración de ingresos u rentas junto con la declaración de no estar incluido en ningún régimen de la seguridad social, no como titular ni como beneficiario, ni tener la posibilidad de inclusión y de carecer de cualquier tipo de protección sanitaria pública.

En el ámbito de la Comunidad Valenciana diremos que el Gobierno Valenciano creó mediante el decreto 126/1999 de 16 de agosto el sistema de información poblacional de la Conselleria de Sanidad (SIP), como registro administrativo de relación de los ciudadanos con los servicios de salud, siendo de aplicación para todos los ciudadanos que tengan o adquieran vecindad administrativa en cualquier municipio de la Comunidad Valenciana, habilitándose la tarjeta sanitaria como documento acreditativo del derecho a la protección de la salud y entregándose a todos los ciudadanos incluidos en el SIP.

Y también se publicó el decreto 26/2000 del 22 de febrero del Gobierno Valenciano por el que se establece el derecho a la asistencia sanitaria a ciudadanos extranjeros en la Comunidad Valenciana y se crea la Tarjeta Solidaria. Los artículos de este decreto recogen básicamente lo establecido en la ley de extranjería sobre esta materia, y establece en el artículo 5.3, 5.4 y 5.5 supuestos de reconociendo a la asistencia sanitaria y a la obtención de la tarjeta solidaria por los extranjeros no empadronados.

La tramitación de la tarjeta solidaria se realiza por los trabajadores sociales de los centros de salud o también por los trabajadores sociales de las organizaciones sociales no gubernamentales legalmente reconocidas en el ámbito sanitario (Alicante Acoge. Elche Acoge. Cruz Roja) de Alicante.

Los ciudadanos de la Unión Europea para ese derecho continuarán rigiéndose por el Reglamento (C.E.E.) 1408/71 de 14 de junio, del Consejo y su normativa de desarrollo: de igual manera los ciudadanos extranjeros de países con convenios de colaboración en materia sanitaria con el estado español continuarán siendo atendidos conforme a los mismos.

Derecho al padrón. Hay que distinguir entre el concepto de residente entendido como aquél que sea titular de una autorización de residencia temporal o permanente y que no debemos confundir con el del residente en el orden jurídico local, que se adquiere, a la vez que la condición de vecino, en el mismo momento de la inscripción en el Padrón.

La ley 4/1996 de 10 de enero de modificación de la Ley Reguladora de las Bases de Régimen Local, cambió el régimen del empadronamiento. Estableció un sistema de actualización y mantenimiento permanente del padrón y simplificó los trámites eliminando el requisito de la baja en el padrón correspondiente al municipio de residencia anterior.

El Reglamento Estatal de Población y Demarcación Territorial de las Entidades Locales, aprobado por Real Decreto 1.690/1986 y sus modificaciones por la Ley 4/1996 y Real Decreto 2612/1996, declaran el empadronamiento no solo como un derecho, sino como una obligación de todas las personas que viven en el municipio, de tal forma que el Ayuntamiento puede empadronar de oficio a las personas que detecte que viven en el término municipal y no se encuentren empadronadas.

Por lo tanto, el acceso no debe ser restringido ya que su función principal es estadística, es decir, poder conocer de manera fiable las personas que viven en el municipio para programar y planificar los distintos servicios públicos.

Los requisitos que se piden para el empadronamiento son:

- Pasaporte o documento análogo (tarjeta de extranjero, el documento nacional de identidad, solo admisible para los ciudadanos comunitarios y del EEE, la cédula de inscripción).

- El título que legitime la ocupación de la vivienda pero con la única finalidad de servir de elemento de prueba para acreditar que efectivamente, el vecino habita en el domicilio que ha indicado (escritura de la propiedad o el contrato de arrendamiento o los contratos de servicios de la vivienda- agua, gas, electricidad, teléfono). En el caso de que no exista título que legitime la ocupación de la vivienda, el gestor municipal deberá comprobar por otros medios (informe de la Policía Local, inspección del propio servicio, etc.) que realmente el vecino habita en ese domicilio, y en caso afirmativo, inscribirlo en el Padrón. Cuando un ciudadano solicite su alta en el padrón en un domicilio en el que ya constan empadronadas otras personas, en lugar de solicitarle que aporte el documento que justifique su ocupación de la vivienda, se le deberá exigir la autorización por escrito de la primera persona mayor de edad que figure empadronado en eses domicilio. Cuando el alta se produzca en un establecimiento colectivo, tales como residencias, conventos, etc. La autorización la realizará la persona que ostente la dirección del mismo.

Por último, hay que destacar que la Ley Orgánica 14/2003 se introduce como novedad en la disposición adicional séptima que la dirección general de la policía accederá a los datos de inscripción padronal de los extranjeros existentes en los padrones municipales, preferentemente por vía telemática, con la exclusiva finalidad del ejercicio de las competencias establecidas en la Ley Orgánica de derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, sobre control y permanencia de extranjeros en España. Esto en las legislaciones anteriores no estaba permitido.

COMUNICACIONES A LA MESA II

ASPECTOS LABORALES DE LA INMIGRACIÓN

Belén Estevan Fernández*, Elena Ferrer Hernández*, Gemma Cano Climent**
**Enfermera. **Trabajadora Social*

PALABRAS CLAVE

Inserción sociolaboral

OBJETIVOS

Desarrollo de las actitudes, aptitudes y habilidades psicosociales necesarias para la incorporación al empleo.

Adquirir las competencias básicas necesarias para encontrar un empleo mediante el desarrollo de actividades formativas.

Formar familiarizando al alumno con el marco legal/laboral, las condiciones de trabajo, relaciones laborales y dotarles de recursos para la búsqueda de empleo.

MATERIAL Y METODOS

El material se centra en el potencial humano y los estudios realizados tanto a nivel comunitario; población receptora y población acogida; aspectos, características, participación comunitaria, nivel de integración, potencialidades.

En cuanto a los métodos: proyecto integrado en el entorno, formado por un equipo polivalente que trabajara en positivo, flexibilizara y adaptara a la realidad, tendrá proyección hacia fuera

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Refuerzo de la autoestima y autoconcepto

Aumento de la empatibilidad

Optimización de los conocimientos y de la práctica profesional

Incremento en la participación comunitaria y redes sociales

Tecnificación del alumnado

Agradecimiento al Colegio Oficial de Enfermería de Alicante por su colaboración en este proyecto.

FUNCIÓN DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN UNA UNIDAD DE DEMENCIAS

Ferrer Navajas, Maria del Mar (1,2); Sánchez Pérez, Alicia (1,2); Gomis Juan, Mónica (1);
Morera Guitart, Jaume 1); Frutos Alegría, Teresa (1)

*(1) Centro de Diagnóstico Precoz de la Enfermedad de Alzheimer San Vicente
(2) Universidad Miguel Hernández. Dpto. Patología y Cirugía. Área de Fisioterapia.*

JUSTIFICACIÓN

El Centro de Diagnóstico Precoz de la Enfermedad de Alzheimer se caracteriza porque ofrece un servicio de atención con un enfoque integral, multidisciplinar, sanitario y social, y de carácter ambulatorio y público.

Es por ello que el papel del terapeuta ocupacional es fundamental para lograr una asistencia de estas características a de los pacientes con trastornos cognitivos en el CDP-Alz.

Actualmente los TO del centro son los coordinadores de la Unidad de Valoración e Intervención Cognitiva, así como de la Unidad de Formación e Información a los Cuidadores, y participan activamente en otras unidades como el Comité de Calidad, o la Unidad de Comunicación.

En esta comunicación explicaremos la necesidad de la existencia de un centro de estas características, así como el desarrollo y el funcionamiento del CDP-Alz, y nos centraremos en las unidades funcionales en las que más activamente intervienen los TO.

ORGANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA A LAS ALTERACIONES COGNITIVAS

La atención a los pacientes con trastornos cognitivos en la provincia de Alicante se estructura en cuatro niveles:

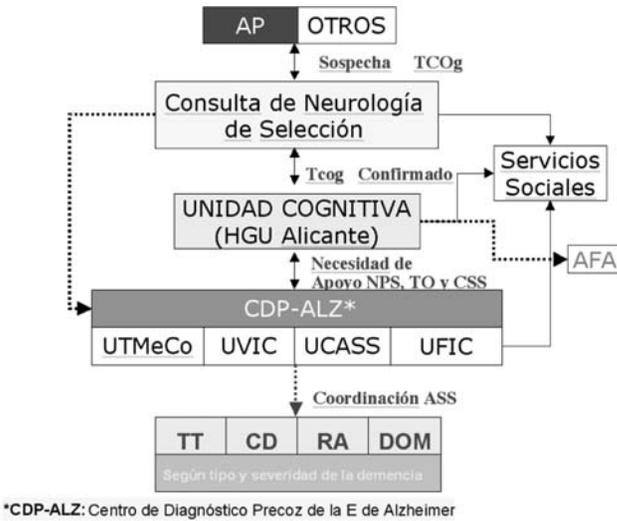
1. Atención Primaria: en los Centros de Salud de cada Zona básica de Salud. Detectan los posibles casos de alteración cognitiva y los remiten a la Consultas General de Neurología del área correspondiente. En los casos en los que se haya diseñado un programa específico se podrá remitir casos directamente a la Unidad Cognitiva siguiente el protocolo acordado.

2. Consultas Generales de Neurología: en este nivel se realiza el estudio básico del paciente confirmándose la existencia de trastorno cognitivo. En tal caso se remitirá el paciente a la Unidad Cognitiva de la Unidad de Neurología del Área. En los casos en que se establezca un protocolo específico se podrán remitir directamente los pacientes al CPD-Alz

3. Unidad Cognitiva: Se sitúa en cada Área Sanitaria de la provincia de Alicante. Estudiará a los pacientes para catalogar y tratar su trastorno cognitivo. Se apoya tanto en el diagnóstico como en la terapia no farmacológica en los servicios del CPD-Alz.

4. Centro de Diagnóstico Precoz de la Enfermedad de Alzheimer (CPD-Alz): Da apoyo diagnóstico y terapéutico a las Unidades cognitivas.

FLUJOGRAMA



CENTRO DE DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER de San Vicente

DEFINICIÓN Y OBJETIVOS

El CDP-Alz se define como el centro de referencia de apoyo a las Unidades Cognitivas y Consultas Generales de Neurología para la investigación, estudio y asistencia a pacientes con alteraciones cognitivas.

Contempla un enfoque integral, multidisciplinar, sanitario y social, y da un servicio de carácter ambulatorio y público.

Objetivo general

El objetivo general es mejorar la Calidad de Vida de los pacientes con trastornos cognitivos y la de las personas de su entorno, implicadas en su cuidado (cuidadores informales)

Objetivos específicos

- Mejorar la detección y tratamiento precoz de los pacientes con alteración cognitiva
- Ofrecer una atención integral y multidisciplinar que haga posible el retraso en el desarrollo de la incapacidad
- Facilitar el acceso a los recursos sanitarios y sociales existentes, evitando cualquier tipo de discriminación
- Adecuar el plan de cuidados en función del grado de evolución de la enfermedad
- Definir el papel y responsabilidad de cada uno de los profesionales que atienden en cada momento a los pacientes y sus familiares
- Favorecer el apoyo a los cuidadores informales
- Potenciar la formación básica y continuada tanto a profesionales como a los cuidadores informales
- Generar líneas de investigación que contribuyan al mejor conocimiento de la enfermedad y a la aplicación efectiva de las medidas terapéuticas que hayan demostrado ser eficaces.

ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO

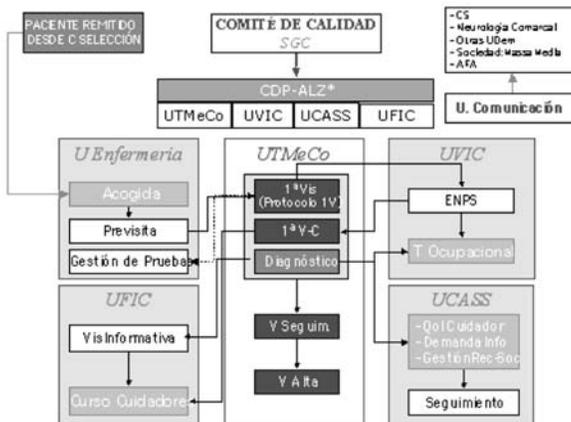
Unidades Funcionales

El CDP-Alz está formado por diferentes Unidades con la siguiente estructura funcional:

- Unidad de Trastornos de Memoria y Conducta (UTMeCo)
 - Diagnóstico y Tipificación de los pacientes

- Unidad de Valoración e Intervención Cognitiva (UVIC)
 - Valoración Neuropsicológica
 - Estimulación Cognitiva y TO
- UCASS
 - Valoración de Calidad de Vida de cuidadores y
 - Necesidades y Gestión de los recursos sociales
- UFIC
 - Consulta Informativa
 - Cursos de Formación a Cuidadores
- Comité de Calidad
 - Control y garantía de calidad: Servicio de Gestión de Calidad
- Unidad de Comunicación
 - Difusión de las características y objetivos del CDP-ALZ
- Unidad de Enfermería
 - Acogida de los pacientes
 - Previsita
 - Asesoramiento telefónico
 - Gestión de Pruebas
 - Gestión de Citas
 - Apoyo a las demás Unidades

Flujograma de las Unidades Funcionales



UNIDAD DE VALORACIÓN EN INTERVENCIÓN COGNITIVA DEFINICIÓN

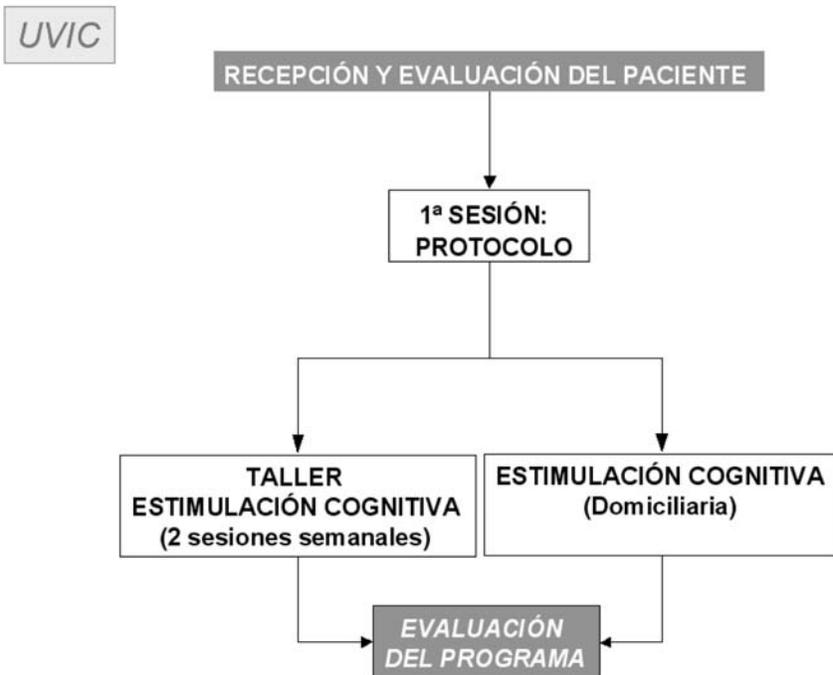
La UVIC está constituida por los recursos del CDP-ALZ destinados a:

- Realizar un estudio neuropsicológico con el fin de apoyar al diagnóstico y tipificación del trastorno cognitivo
- Diseñar e implementar un programa de Estimulación Cognitiva y Terapia Ocupacional

...necesarios para la atención integral e individualizada de los pacientes con alteraciones cognitivas y su entorno socio-familiar

UVIC- ESTIMULACIÓN COGNITIVA Y TERAPIA OCUPACIONAL

Organigrama



Funcionamiento:

Fases:

1. Fase de admisión
2. Fase de diseño de programa
3. Fase de implementación del programa de TO
4. Fase de evaluación del programa de TO
5. Fase de alta

UNIDAD DE FORMACIÓN E INFORMACIÓN DE CUIDADORES DEFINICIÓN

La UFIC está constituida por los recursos del CDP-ALZ destinados a:

- Informar a los pacientes y familiares sobre los diferentes aspectos relacionados con los trastornos cognitivos
- Formar a los cuidadores para mejorar la calidad de los cuidados y su calidad de vida.

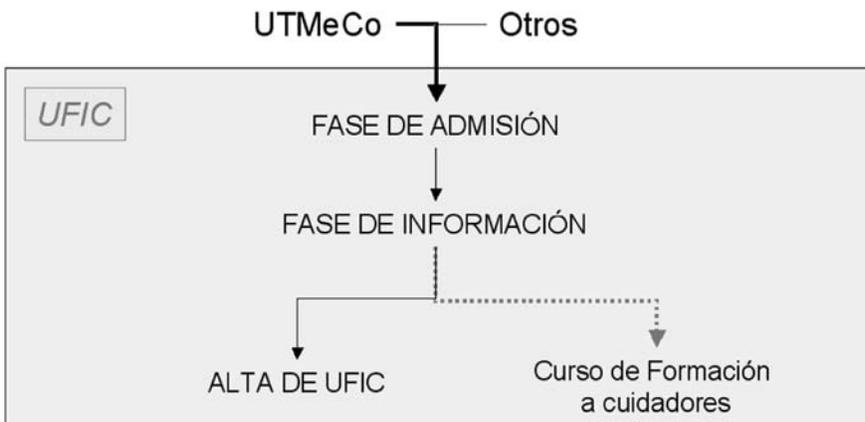
UFIC- VISITA INFORMATIVA

Funcionamiento

Fases:

1. Admisión
2. Realización de la visita

Organigrama



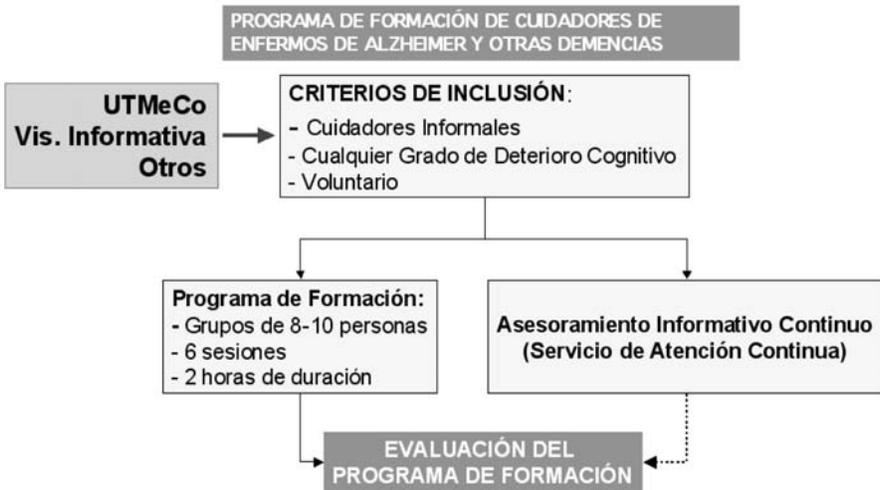
UFIC- CURSO DE FORMACIÓN

Funcionamiento

Fases:

1. Formación del Grupo
2. Desarrollo del Curso
3. Entrega de Certificados de Asistencia
4. Realización de Encuesta de Satisfacción
5. Evaluación de resultados

Organigrama



RECURSOS HUMANOS

El Equipo de Profesionales del CDP-ALZ trabaja coordinadamente y está constituido por:

- Coordinador de la unidad de CDP- ALZ
- Supervisora de Enfermería
- Neurólogos
- Neuropsicóloga
- Terapeutas Ocupacionales

- Enfermera
- Trabajadora social
- Auxiliar de Enfermería

BIBLIOGRAFÍA

- Fernández Guinea, S. Estrategias a seguir en el diseño de los programas de rehabilitación neuropsicológica para personas con daño cerebral. Rev Neurol Volumen.33 Número.04 Pág.0373
- Fernández Guinea, S., Muñoz, J.M., y Pelegrín, C. (1999). Evaluación y rehabilitación neuropsicológica de las demencias. En A. Ruano, J.M. Muñoz y C. Cid (Eds.), Psicología de la Rehabilitación. Madrid: Fundación Mapfre Medicina.
- Gonzalez Salvador, MT; Arango López, C.; Lyketsos CK. Treatment of agitation in dementia patients. Med Clin (Barc). 1999 Nov 6;113(15):592-7
- López Martínez, J. (2002) Efectos positivos de un estresor crónico: el cuidado de enfermos con demencia. 3º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2002
- MG Ory, RR Hoffman, 3rd, JL Yee, S Tennstedt, and R Schulz. Prevalence and impact of caregiving: a detailed comparison between dementia and nondementia caregivers. Gerontologist 1999 39: 177-185
- Morano, CL; Bravo M. A psychoeducational model for Hispanic Alzheimer's disease caregivers. Gerontologist. 2002 Feb;42(1):122-6.
- Muñoz Céspedes, J.M. y Tirapu Ustárriz, J. (2001) Rehabilitación Neuropsicológica. Madrid. Editorial Síntesis
- PAIDEM
- Tárraga, L. (1997). Tecnología blanda para la enfermedad de Alzheimer: programa de psicoestimulación integral. En Daño cerebral y calidad de vida: demencias. Madrid: Fundación Mapfre Medicina.

**LA ENFERMERÍA ESCOLAR:
UNA NECESIDAD INMINENTE**

Felix Jiménez Jaén
Estudiante de Enfermería E.U.E. Universidad de Alicante

INTRODUCCIÓN

La Salud, es un derecho, un Bien esencial y necesario para el conjunto de la sociedad. Se trata del estado de bienestar físico, psíquico y social que implica una mejora constante de las condiciones personales y sociales en las que se desenvuelve el individuo, con el fin de lograr un nivel de calidad de vida cada vez mayor.

En esta concepción de la salud, el profesional de Enfermería alcanza un rol esencial en la prevención y lucha contra los problemas de salud.

Dentro de la escuela, sea cual sea el modelo educativo que se utilice de moda, lo que hacemos o no en determinadas situaciones y cómo nos comportamos, condiciona, unas veces directa y otra indirectamente la salud propia como la de los demás.

Con la Educación para la Salud, se persigue, incrementar la competencia de los individuos en la toma de decisiones, que afecta a su bienestar personal, familiar y social.

Si queremos ser eficaces, es necesario instaurar los Programas de Educación para la Salud institucionalizada y rigurosa desde dentro del sistema educativo, apoyándonos en el sistema de organización y funcionamiento de cada uno de sus niveles, ciclos, etapas y modalidades.(1)

Es indudable que en los últimos tiempos se han ampliado los campos de acción de enfermería o al menos campos en los que se demandan la presencia de enfermeras como en la escuela. Al mismo tiempo diversas instituciones nos ofrecen cursos de postgrado relacionados con la enfermería escolar como son los cursos de la Complutense de Madrid o a través de www.campusdigital.com área: Salud .Este último nos ofrece un curso online de 40 horas.

La Pontificia Universidad Católica de Chile ofrece ya un curso de 80 horas ,el curso tiene como propósito interactuar con escolares y sus ambientes y analiza el papel de la enfermera en Salud Escolar en las áreas de atención de salud y salud ambiental y entrega herramientas para trabajar con la comunidad escolar en todos los niveles de prevención y enfatiza la promoción de la salud a nivel de la escuela. (2)

OBJETIVO

Con este trabajo lo que pretendo es concienciar en primer lugar a enfermeros/as y después al resto de población que componen el entorno escolar de la necesidad de la presencia de enfermería en la escuela, introduciendo así en la retórica de los maestros y enfermeros la enfermería escolar.

Con la inclusión por parte de estos colectivos en sus Agendas Sociales para conseguir que sea una demanda social y llegar a influir en la agenda mediática

Integrando la enfermería en la escuela se conseguiría un primer paso para conseguir una red de atención primaria donde coincidirían salud-deporte-cultura-escuela de forma que se ahorrarían recursos en los servicios de atención primaria.

Por otro lado pretendo demostrar las siguientes hipótesis:

HIPOTESIS

1º Los maestros no se sienten capacitados para desarrollar con garantías las distintas áreas transversales sobre todo las relacionadas con hábitos saludables.

2º consideran importante la presencia de un@ enfermer@ por colegio que se ocupe del área asistencial.

MATERIAL Y MÉTODO

Realizaré una descripción de las experiencias que ya existen de enfermería en la escuela en nuestro entorno y qué dice la ley de enseñanza sobre la Educación para la salud.

Se realizará una encuesta en un total de 64 maestros de Elda y Petrer de un total de 235 maestros. Se han elegido un colegio de Elda y dos de Petrer para contrastar las posibles diferencias que puedan existir entre colegios de Petrer, ya que en Petrer han habido experiencias previas de enfermería escolar, y en una

localidad vecina como es Elda no ha habido experiencias previas y eliminar así los posibles sesgos que pudieran ocasionar.

DESARROLLO

Antes de nada considero fundamental conocer cómo se introdujo la Educación para la salud(EPS) en la escuela.

Desde la incorporación de pleno derecho a todas las instituciones europeas ha motivado que nuestro Gobierno asuma las recomendaciones que, en relación con la EPS, han formulado los organismos internacionales. Desde hace años, la Unesco, la OMS, el Consejo de Europa y la Unión Europea han elaborado recomendaciones, ratificadas por sus países miembros, en el sentido de que la EPS se integre plenamente en los centros docentes. Así, en la conferencia Europea de EPS, celebrada en febrero de 1990 en Dublín, se recomendó la inclusión de contenidos en el currículo de la enseñanza obligatoria porque “...es el modo más efectivo para promover estilos de vida saludables y el único camino para que ésta (la EPS) llegue a todos los niños, independientemente de la clase social y de la educación de sus padres”.

En España, desde 1986, se empezó a trabajar en la inclusión de la EPS en los currículums escolares. En 1987 se formó una comisión técnica, con participación de representantes de los ministerios de Educación y de Sanidad, cuyo contenido fundamental fue redactar un borrador acerca de cómo deberían incluirse los contenidos de salud en las propuestas curriculares, que fueron sometidas a debate, analizadas y, posteriormente, revisadas. Actualmente es una realidad su inclusión en los programas de los niveles educativos comprendidos entre 0 y 16 años.

La colaboración entre los ministerios (Consellerias) de Educación y Sanidad y consumo se ha mantenido cada vez con más intensidad hasta cristalizar en un contexto de cooperación, formado en noviembre de 1989, que persigue tres objetivos principales: apoyar la formación de los docentes, promover experiencias innovadoras en centros escolares en colaboración con el sector sanitario, y elaborar materiales didácticos adecuados.

En la actualidad sigue vigente un proyecto, promocionado en España por el MEC(ministerio educación y ciencia), de creación de una red de escuelas promotoras de salud, que surgió a propuesta de personas expertas en salud y en edu-

cación, de responsables políticos, y de investigadores y educadores, en el marco de encuentros y conferencias internacionales organizadas por la Comisión de la Unión Europea (CUE), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Consejo de Europa (CE).

Las Escuelas Promotoras de Salud son una inversión en educación, salud y democracia (Resolución de la I Conferencia de Escuelas Promotoras de Salud de Tesalónica-Grecia, 1997)

Se consideró que los centros educativos son, además, un medio eficaz para promover el intercambio de experiencias e información, y la difusión de prácticas adecuadas.

La escuela saludable pretende facilitar la adopción, por toda la comunidad educativa, de modos de vida sanos en un ambiente favorable a la salud. Plantea las posibilidades que tienen los centros educativos, si se comprometen a ello, de instaurar un entorno físico y psicosocial saludable y seguro.

La introducción en el currículo de objetivos y contenidos sobre el tema es un primer paso para lograr las metas propuestas.

Aunque la EPS pretende fundamentalmente la adquisición de actitudes, no debe entenderse que conceptos y procedimientos no son importantes. Los tres tipos de contenidos pueden aprenderse de manera coherente, si bien la presencia de una mayor base conceptual está en relación con el aumento de la edad de los estudiantes. La escuela debe desarrollar una serie de bloques de contenidos en los que primará el aprendizaje de actitudes y procedimientos en los niveles más inferiores para, paulatinamente, dar mayor cabida a los conceptos que, a su vez, darán sentido a diferentes pautas de comportamiento saludable.

Por otra parte, hoy se sabe que enseñar una serie de contenidos no siempre asegura que el alumnado los entienda y los incorpore a su vida cotidiana: enseñar a cepillarse los dientes, disponer en el Centro de cepillos y flúor, no garantiza que, efectivamente, se cree un hábito saludable a un quehacer diario. Es preciso reflexionar con los alumnos sobre sus hábitos generales, sobre las valoraciones que tienen de la higiene y la salud, sobre las costumbres existentes en sus familias, para conocer en qué medida están arraigadas sus ideas.

Asegurada la existencia de unos contenidos adecuados, no debe olvidarse esa otra manera de enseñar y de aprender que deriva del currículo oculto: el conjun-

to de valores, normas y actitudes que de una manera implícita están presentes y conforman el microclima escolar. Las actitudes de los profesores, sus valoraciones prioritarias, la disposición al diálogo, el ambiente general del Centro, el mayor o menor equilibrio en los menús del comedor escolar, la limpieza de las instalaciones, las actividades que se proponen, el grado de cumplimiento de las normas vigentes (no fumar, no vender alcohol, etc.), confirman todo un entramado de contenidos a los que nadie alude, pero que todos los alumnos están constantemente captando.(9)-(10).

Desde la implantación de la LOGSE con la ley orgánica de Ordenación general del sistema educativo de 3 de octubre de 1990 incorpora dentro del currículo escolar los Temas o ejes transversales de la educación. Según esta nueva ley lo primordial de la educación es contribuir al desarrollo de todas la capacidades personales de los alumnos: capacidades referidas al ámbito físico, moral, afectivo, social y cognitivo; desarrollando, de igual modo, aquellas capacidades en los alumnos y alumnas que se consideran necesarias para desenvolverse como ciudadanos con plenos derechos y deberes en la sociedad en la que viven.(3)

Por lo tanto, todas estas finalidades tienen que ver no sólo con los conocimientos de las diversas disciplinas que conforman el saber en nuestros días sino también con ciertas cuestiones de gran trascendencia en la época actual sobre las cuales nuestra sociedad reclama una atención prioritaria, de tal forma que la educación debe posibilitar que los alumnos establezcan un modelo de persona desde una concepción pura y profundamente humanista, basada en un sistema de valores que podría resumirse en una actitud democrática, responsable y tolerante, favoreciendo la participación activa y solidaria de todos en nuestra sociedad, con el fin de asegurar niveles cada vez más altos de libertad, igualdad y justicia social.

Todo ello ha llevado al M.E.C. a introducir en los Currículos de Educación Infantil, Primaria y Secundaria Obligatoria, un tipo de enseñanzas que responden a estas demandas sociales y que, por su presencia global en el conjunto de las áreas curriculares. se han denominado Temas Transversales.

Así bajo este epígrafe se han agrupado:

- La Educación Moral y Cívica
- La Educación para la paz

- La educación para la igualdad de oportunidades de ambos sexos
- La educación para la salud.
- La Educación sexual
- La Educación ambiental
- La Educación del consumidor
- La Educación Vial.

Sin duda temas donde la enfermería tiene mucho que decir ya que la mayoría en sus contenidos se refieren a hábitos de vida y salud.

Los Temas Transversales se pueden definir como el conjunto de aspectos que han alcanzado una gran relevancia en el desarrollo social durante los últimos años, en relación con los valores morales, la paz, la igualdad de oportunidades entre personas de ambos sexos, la salud, el medio ambiente, el consumo y la seguridad vial.

Actualmente lo que se hace es abordar los Temas Transversales de manera globalizada en lugar de incluir estos contenidos de forma aislada en un objetivo, idea o bloque de contenidos específico, ya que lo que pretende la LOGSE es impregnar la actividad educativa en su conjunto con dichos contenidos, a través de las actividades y experiencias de progresiva complejidad que realicen los niños y niñas a lo largo de las distintas etapas educativas.

De esta forma, tanto en Educación Infantil como en Educación Primaria, la actuación del profesor y la relación que se establece entre él y el alumno reviste una gran relevancia; por ello, los principios en los que se fundamentan los Temas Transversales deben inspirar toda la actividad docente y, del mismo modo, deben ser trabajados conjuntamente con las familias para que los niños no vivan actuaciones contradictorias entre el ámbito escolar y familiar.(5)

Ante esto sin duda la primera pregunta que se nos plantea es ¿ Están y se sienten preparados los maestros para impartir estas áreas transversales?.

Desarrollaré a continuación brevemente lo que dice la LOGSE sobre el desarrollo de algunas de estas áreas:(3)

La Educación Ambiental.

La Educación Ambiental pretende que los alumnos y alumnas entiendan el

medio en toda su complejidad de manera que puedan identificar y analizar problemas ambientales. Pero no solo se trata de desarrollar estas capacidades de tipo intelectual, sino que es fundamental contribuir también a que el alumno desarrolle ciertas actitudes relacionadas con la naturaleza, con la valoración y el interés por el medio ambiente y la participación activa en su conservación y mejora, teniendo en cuenta, tal y como la comunidad científica y otros colectivos sociales han venido anunciando últimamente, que la supervivencia de la especie humana depende en gran parte de las actitudes que se tomen ante el problema de la degradación del Planeta.

La Educación para la Salud.

En la actualidad, la salud ya no se considera simplemente como la ausencia de enfermedad, se entiende que una persona está sana cuando goza de un estado de bienestar general físico, psíquico y social.

Una buena Educación para la Salud debe pretender que los alumnos y alumnas desarrollen hábitos y costumbres sanos, que los valoren como uno de los aspectos básicos de la calidad de vida y que rechacen las pautas de comportamiento que no conducen a la adquisición de un bienestar físico y mental.

Por todo ello, y resumiendo, todo centro debe diseñar un modelo de colaboración, cuyo objetivo fundamental será aunar esfuerzos a fin de que la escuela y la familia actúen de manera coherente y no contradictoria, siendo auténticos emisores de "promoción de salud y prevención de accidentes".

La Educación Sexual.

La Educación Sexual se concibe en su sentido más amplio, no sólo como información sobre los aspectos biológicos, sino también como información, orientación y educación sobre los aspectos afectivos, emocionales y sociales; todo ello con la finalidad de que los alumnos y alumnas lleguen a conocer y apreciar los papeles sexuales femeninos y masculinos, y el ejercicio de la sexualidad como actividad de plena comunicación entre las personas. En suma, podemos afirmar que la Educación Sexual vendría a formar parte integrada de la Educación para la Salud.

Como conclusión respecto a los temas transversales podemos decir que constituyen un aspecto clave de las intenciones educativas, que se recogen en los currículos oficiales de Educación infantil, primaria y secundaria, ya que se refieren a determinadas necesidades sociales ante las cuales la institución escolar debe dar respuesta. Estos temas transversales en muchos de ellos se habla de educación para la salud, hábitos saludables, promoción de la salud, educación sexual, salud y medio ambiente ...etc, todos estos conceptos claramente relacionados con la enfermería.

Existen experiencias muy interesante de enfermería escolar como las desarrolladas en Petrer (Alicante) por ADEES (Asociación de enfermería, Educación y Salud) impulsadas por la Concejalía de Sanidad y apoyadas por el CECOVA donde se ha llegado ha implantar en 6 colegios de un enfermer@ durante el horario de mañana que se ocupa además del área meramente asistencial de impartir programas de salud dirigidos a alumnos de educación infantil , primaria y primer ciclo de secundaria(6):

- Para los niños de infantil desde tres años hasta 4º de primaria se desarrollaron los siguientes programas:

- Alimentación saludable
- Higiene y ergonomía
- Educación de Valores

- Para los alumnos desde 5º de primaria hasta 2º de secundaria:

- Prevención de Accidentes y Primeros Auxilios
- Habilidades sociales

- Para alumnos de 3º y 4º de primaria:

- Habilidades Sociales

- Para 1º y 2º de secundaria:

- Educación Afectivo-Sexual

- Para 6º primaria hasta 2º secundaria:

- Prevención de trastornos de la conducta alimentaria

Algunos de estos programas se ampliaban a los institutos e incluso algunas sesiones van dirigidas a los padres.

En definitiva lo que se ha hecho prácticamente como una experiencia innovadora es aprovechar las áreas transversales para desarrollarlas dentro del currículum escolar y sobre todo lo más importante impartidas por enfermer@s.

Sin duda que las necesidades de los niños y adolescentes en estas materias están aumentando vertiginosamente en los últimos años, como muestra en los colegios de Petrer se desarrollo una encuesta de Salud de la que se extraían las siguientes conclusiones:

- El 50% de los escolares de 1º a 3º de primaria no realizan un desayuno completo y creen que el desayuno debe consistir de forma exclusiva en un vaso de leche
- El 44% de los escolares de 4º a 6º de primaria desconocen que hay que comer más pescado que carne.

Si esto lo añadimos a que:

- Solamente el 10,7% de los niños españoles realizan un desayuno completo
- El índice de colesterol infantil en España es de los más altos en la unión Europea.

- La edad del inicio en el consumo de alcohol ha pasado en los últimos años de los 16 a los 12 años.

El estudio ENKID (11) realizado recientemente en España estima que:

- El 15% de los escolares no desayunan.
- El 35% ingieren una cantidad insuficientemente energética
- El 50% tarda menos de 5 minutos en desayunar y las razones que aluden son. Que no tengo tiempo, no me acuerdo y no tengo hambre.

Estos datos sin duda son indicativos de la necesidad de una educación para la salud, y sobre todo hablamos de cambios de hábitos. Para ello sin duda se necesita de la enfermería.

Además a partir de la carta de Ottawa se crearon los movimientos de entornos saludables entre los que destaca el movimiento de Escuelas saludables (OMS1993, OPS/OMS 1994, 1996^a, 1996b). Así los profesionales de la salud debemos hacer de mediadores del papel de la promoción de la salud entre maes-

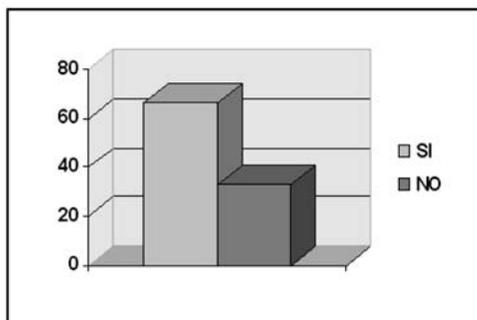
tros , alumnos y familias para el cumplimiento de los objetivos de la educación para la salud.(8).

Actualmente estamos inmersos en una nueva reforma educativa con la LOE (ley orgánica de educación) la educación para la salud se verá nuevamente afectada.

RESULTADOS

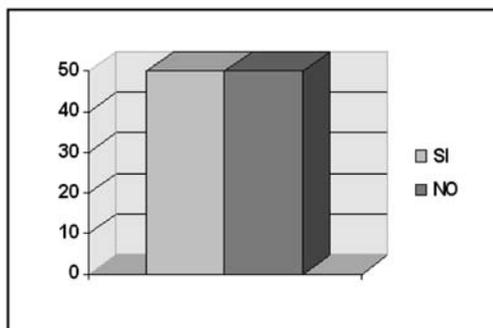
1° ¿ TE HAS ENCONTRADO EN TU COLEGIO ALGUNA SITUACIÓN DONDE HAS NECESITADO LA ASISTENCIA URGENTE DE UN ENFERMERO/A?

COLEGIO SANTO NEGRO DE ELDA



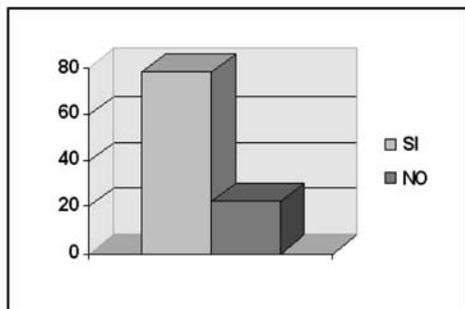
SI=66,6%
NO=33,3%

COLEGIO 9 OCTUBRE PETRER



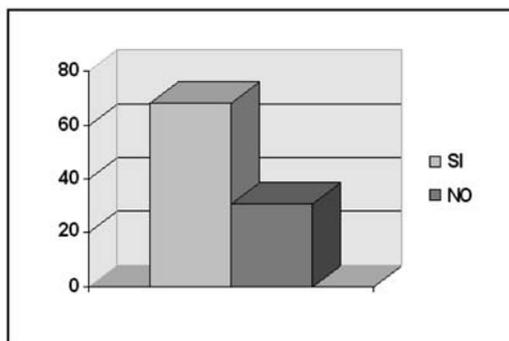
SI=50,9%
NO=50%

COLEGIO RAMBLA DE LOS MOLINOS



SI=77,7%
NO=22,23%

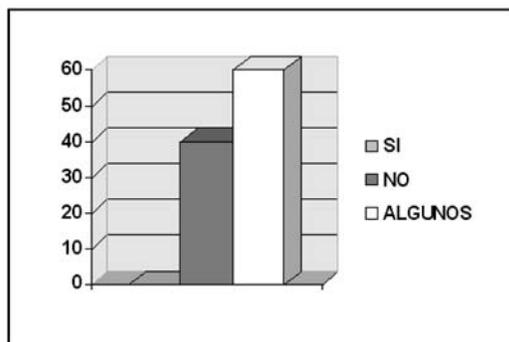
TOTAL



SI=68,18%
NO=30,6%

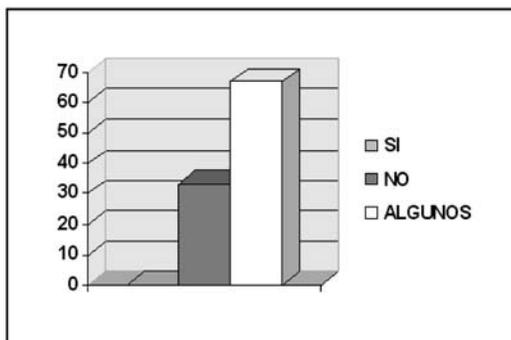
2° ¿ TE SENTÍAS CAPACITADO PARA ACTUAR EN ESTAS SITUACIONES QUE TE HAS ENCONTRADO?

COLEGIO SANTO NEGRO



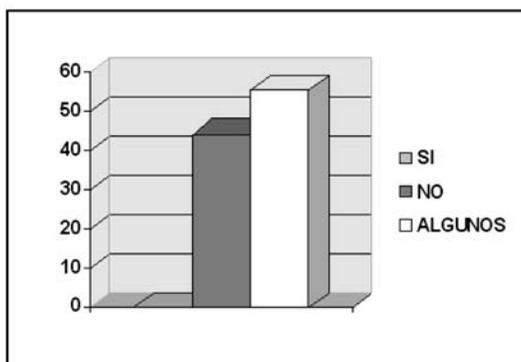
SI=0%
NO=40%
ALGUNOS CASOS=60%

COLEGIO 9 OCTUBRE



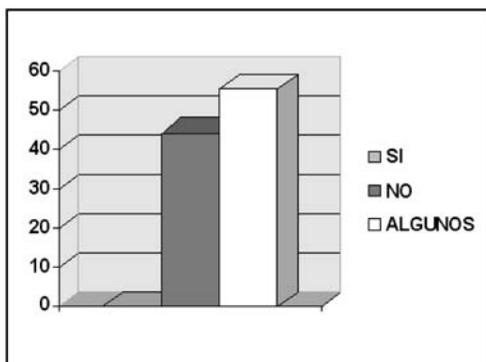
SI=0%
NO=25%
ALGUNOS CASOS=75%

COLEGIO RAMBLA DE LOS MOLINOS



SI=0%
NO=44,44%
ALGUNOS CASOS=55,56%

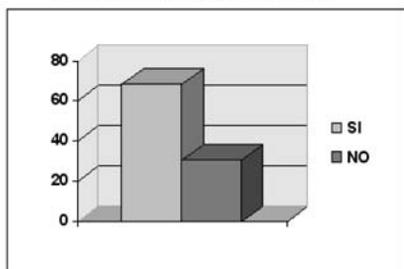
TOTAL



SI=0%
NO=40,90%
ALGUNOS CASOS=59,1%

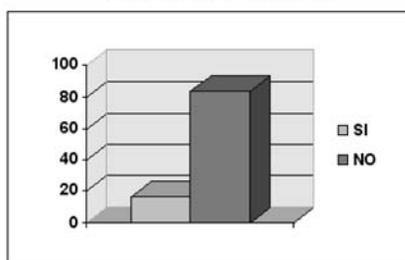
3º ¿TIENES CONOCIMIENTOS DE PRIMEROS AUXÍLIOS?

COLEGIO SANTO NEGRO



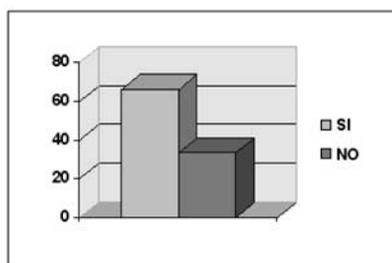
SI=68,18%
NO=30,6%

COLEGIO 9 OCTUBRE



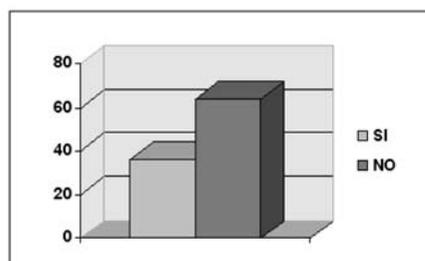
SI=16,66%
NO=83,34%

COLEGIO RAMBLA DE LOS MOLINOS



SI=66,66%
NO=33,33%

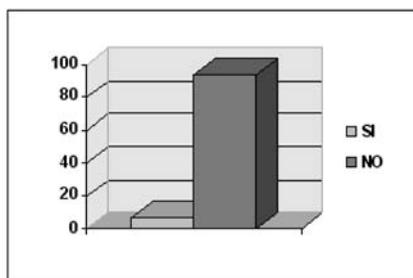
TOTAL



SI=36,36%
NO=63,64%

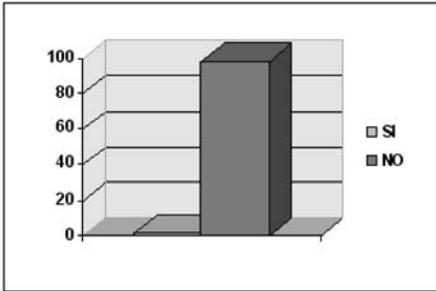
4º ¿SABRIAS HACER UNA RCP BÁSICA?

COLEGIO SANTO NEGRO



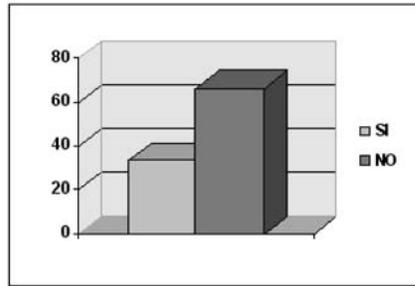
SI=6,6%
NO=93,4%

COLEGIO 9 OCTUBRE



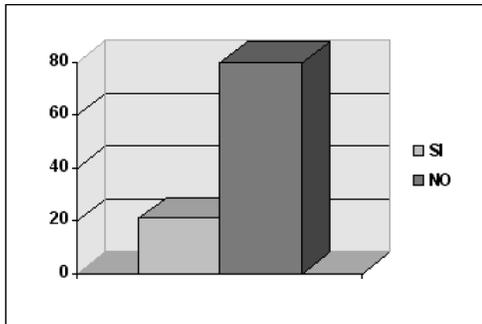
SI=1,6%
NO=98,4%

COLEGIO RAMBLA DE LOS MOLINOS



SI=33,33%
NO=66,66%

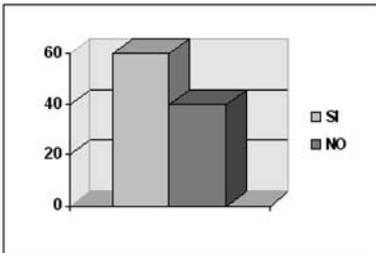
TOTAL



SI=20,45%
NO=79,55%

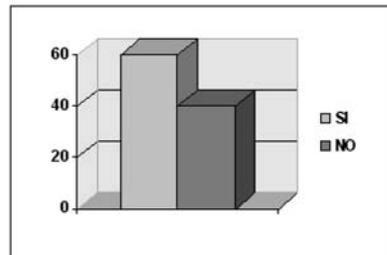
5° ¿ SABRIAS REALIZAR UNA CURA BÁSICA CON MATERIALES A UTILIZAR, TÉCNICAS...ETC?

COLEGIO SANTO NEGRO



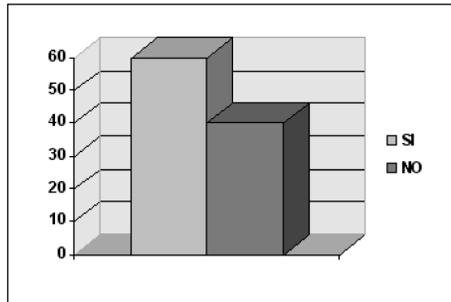
SI=60%
NO=40%

COLEGIO 9 OCTUBRE



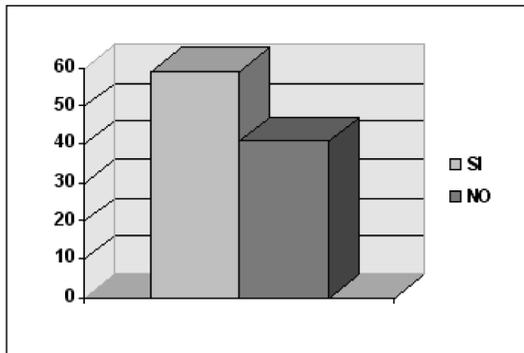
SI=60%
NO=40%

COLEGIO RAMBLA DE LOS MOLINOS



SI=60%
NO=40%

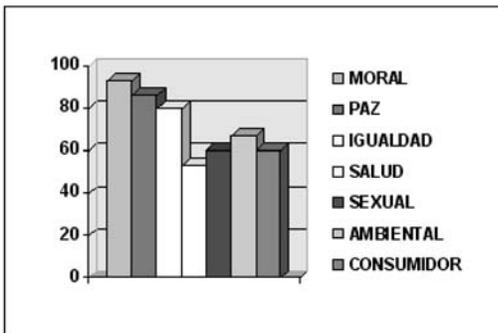
TOTAL



SI=59,09%
NO=40,91%

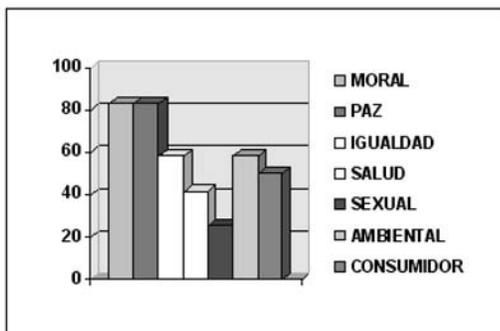
6° ¿DE LAS ÁREAS TRNASVERSALES CUALES TE SIENTES PREPARADO PARA IMPARTIR?

COLEGIO SANTO NEGRO



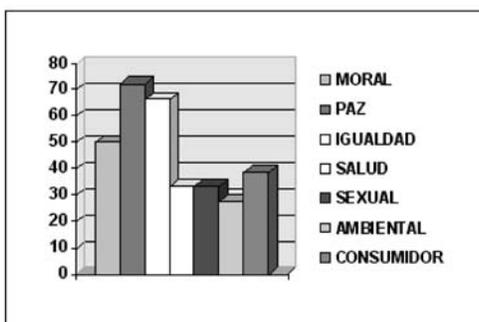
MORAL- 93,33
PAZ- 86,66
IGUALDAD- 80
SALUD- 53,33
SEXUAL- 60
AMBIENTAL- 66,66
CONSUMIDOR- 60

COLEGIO 9 OCTUBRE



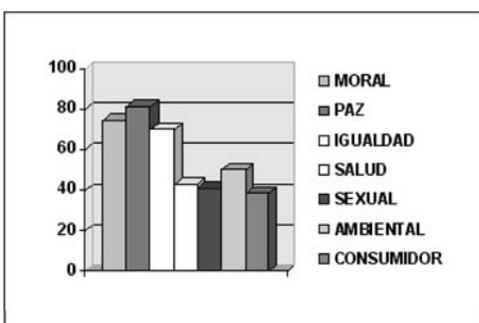
MORAL- 83,33
 PAZ- 83,33
 IGUALDAD- 58,33
 SALUD- 41,66
 SEXUAL- 25
 AMBIENTAL- 58,33
 CONSUMIDOR- 50

COLEGIO RAMBLA DE LOS MOLINOS



MORAL- 50
 PAZ- 72,22
 IGUALDAD- 66,66
 SALUD- 33,33
 SEXUAL- 33,33
 AMBIENTAL- 27,77
 CONSUMIDOR- 38,88

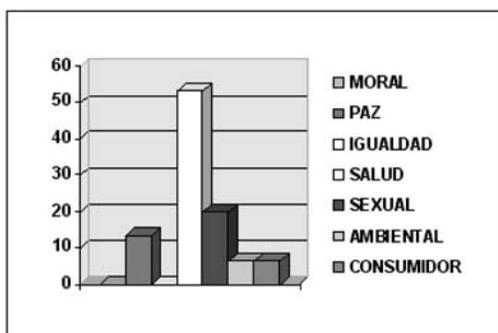
TOTAL



MORAL- 75
 PAZ- 81,81
 IGUALDAD- 70,45
 SALUD- 43,18
 SEXUAL- 40,90
 AMBIENTAL- 50
 CONSUMIDOR- 38,63

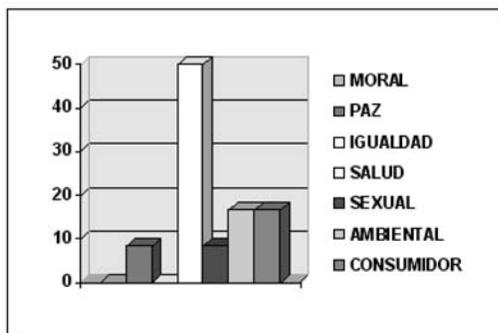
7º ¿ EN QUÉ ÁREA TRANSVERSAL TE CONSIDERAS MENOS PREPARADO?

COLEGIO SANTO NEGRO



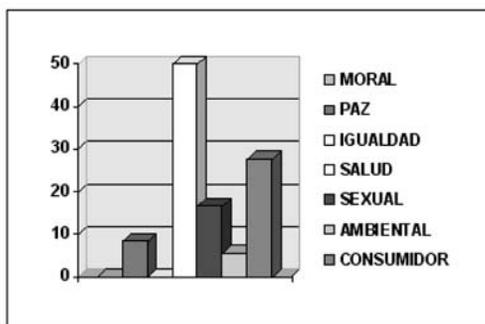
MORAL- 0
 PAZ- 13,33
 IGUALDAD- 0
 SALUD- 53,33
 SEXUAL- 20
 AMBIENTAL- 6,6
 CONSUMIDOR- 6,6

COLEGIO 9 OCTUBRE



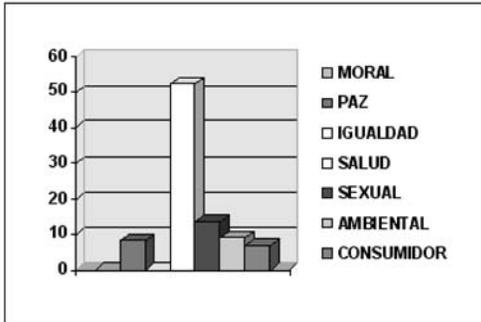
MORAL- 0
 PAZ- 8,3
 IGUALDAD- 0
 SALUD- 50
 SEXUAL- 8,3
 AMBIENTAL- 16,66
 CONSUMIDOR- 16,66

COLEGIO RAMBLA DE LOS MOLINOS



MORAL- 0
 PAZ- 0
 IGUALDAD- 0
 SALUD- 50
 SEXUAL- 16,66
 AMBIENTAL- 5,55
 CONSUMIDOR- 27,77

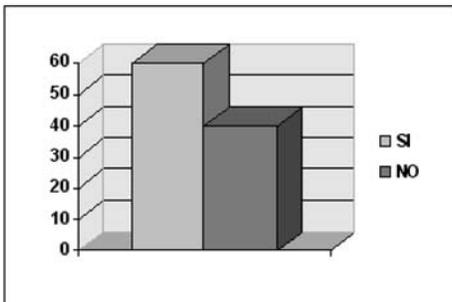
TOTAL



MORAL- 0
 PAZ- 6,81
 IGUALDAD- 0
 SALUD- 52,27
 SEXUAL- 13,63
 AMBIENTAL- 9,09
 CONSUMIDOR- 18,18

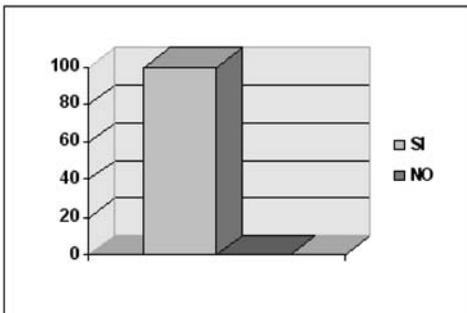
8° ¿CONSIDERAS FUNDAMENTAL LA PRESENCIA DE UN ENFERMERO/A PARA ATENDER ACCIDENTES, DAR MEDICACIÓN, ..ETC?

COLEGIO SANTO NEGRO



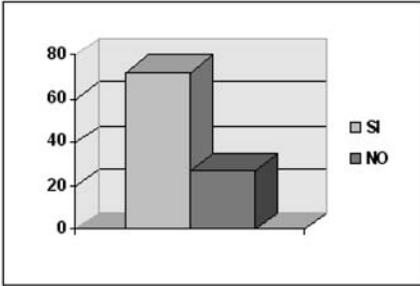
SI=93.3%
 NO=6,7%

COLEGIO 9 DE OCTUBRE



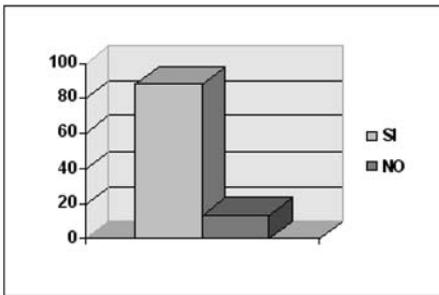
SI=100%
 NO=0%

COLEGIO RAMBLA DE LOS MOLINOS



SI=77,77%
NO=22,23%

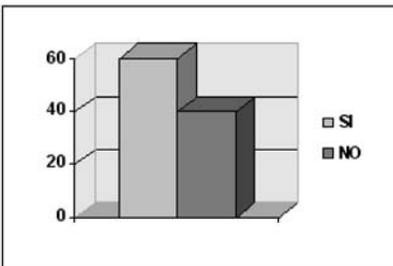
TOTAL



SI=88,63%
NO=13,63%

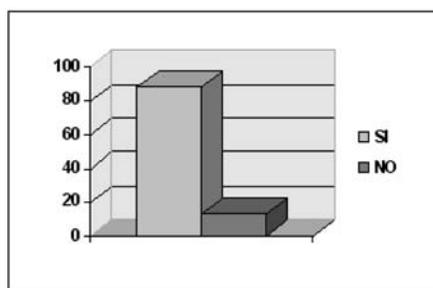
9º¿CREES FUNDAMENTAL LA PRESENCIA DE UN ENFERMERO/A PARA IMPARTIR LAS ÁREAS TRANSVERSALES?

COLEGIO SANTO NEGRO



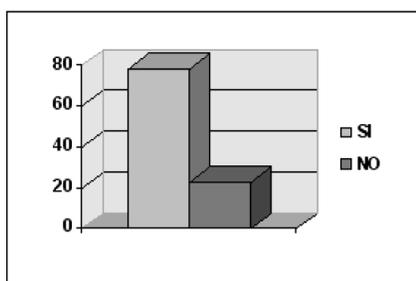
SI=60%
NO=40%

COLEGIO 9 OCTUBRE

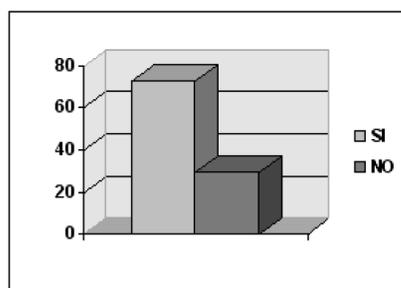


SI=75%
NO=25%

COLEGIO RAMBLA DE LOS MOLINOS TOTAL



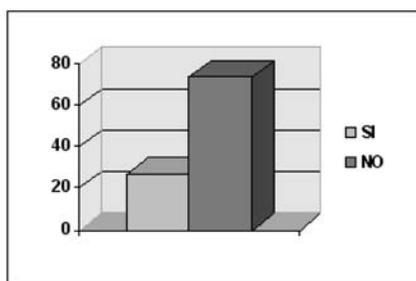
SI=77,77%
NO=22,23%



SI=72,72%
NO=29,54%

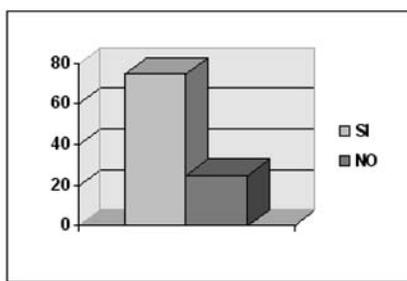
10° ¿CONSIDERAS QUE LOS NIÑOS QUE INGRESAN EN EL COLEGIO CADA VEZ MÁS TORPES MOTÓRICAMENTE HABLANDO?

COLEGIO SANTO NEGRO



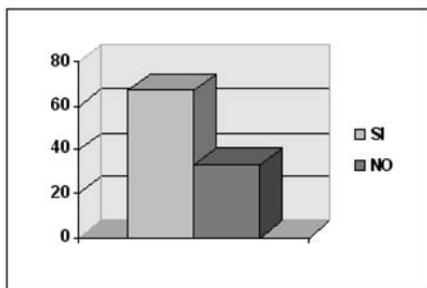
SI=26,66%
NO=73,34%

COLEGIO 9 OCTUBRE

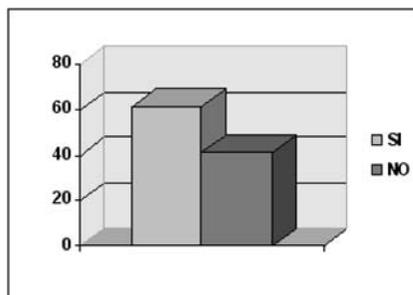


SI=75%
NO=25%

COLEGIO RAMBLA DE LOS MOLINOS TOTAL



SI=66,66%
NO=33,33%



SI=61,36%
NO=40,90%

CONCLUSION

En primer lugar destacar que la OMS a través de la carta de Ottawa afirma que los profesionales de la salud debemos hacer de mediadores del papel de la promoción de la salud entre maestros, alumnos y familias para el cumplimiento de los objetivos de la educación para la salud. Por lo que para mi podría justificar la demanda de la enfermería escolar.

Respecto a la encuesta realizada:

- El 68% de los maestros se han encontrado una situación donde habrían necesitado la presencia urgente de un/a enfermero/a. Y lo más importante, ninguno de los maestros se siente capacitado para actuar en todas las situaciones en las que se han encontrado siendo un 59,1% los que consideran que se sentían capacitados para actuar en algunas de ellas.

- El 63,64% de los maestros afirma no tener conocimientos sobre primeros auxilios. En este apartado se han encontrado importantes diferencias entre los distintos colegios ya que en algunos colegios se han impartido, impulsados por las AMPAS o por la propia dirección de los Colegios, cursos de primeros auxilios. Además un 79,55% afirman que no sabrían realizar una RCP básica y un 40,91% afirman que no sabrían realizar una cura básica.

- Respecto a las áreas transversales se les preguntó sobre cuales de las áreas transversales se sienten capacitados para impartir pudiendo elegir todas las opciones que considerasen de las 7 áreas que marca la LOGSE. De esta pregunta se podría concluir que el sólo el 40,90% se sentía preparado para impartir la

educación para la salud. Al preguntarles de las 7 áreas transversales que eligieran sólo una como la que se sienten menos preparado para impartir el 52, 27% señalaron la educación para la salud seguido de la educación sexual con un 13,63%.

Al preguntarles si considerarían la presencia de un enfermero que se ocupase del carácter asistencial (ocuparse de curar , dar medicación...etc) un 88,63% contestaron afirmativamente llegando en el colegio 9 de octubre al 100% de los encuestados. Un 72,72% contestaron afirmativamente al preguntarles por la necesidad de enfermeros/as para que impartiesen las áreas transversales. Esto sin duda nos hace confirmar que los maestros de nuestra comarca (alto y medio vinalopó) creen necesaria de presencia de la enfermería en la Escuela.

Destacar que no se observaron diferencias entre los colegios de Elda y Petrer ,a pesar de la experiencias de ADEES, en la opinión de los maestros.

En definitiva se podría afirmar que los maestros se encuentran situaciones donde necesitan la presencia de enfermería y ellos no se consideran preparados para actuar. Consideran importante la presencia de la enfermería en la escuela y no se sienten preparados para impartir las áreas transversales relacionadas con la salud.

De toda la información con la que se ha trabajado quería destacar las siguientes conclusiones:

En las últimas décadas, el trabajo de la enfermera comunitaria se ha vuelto mucho más sofisticado. Nos enfrentamos a problemas de salud nuevos, como los que aparecen en la comunidad escolar, que somos incapaces de abordar.

Sólo con una figura que coordine los distintos recursos de atención primaria que recibe la escuela podrán rentabilizarse y darles una mayor eficiencia.

La complejidad de estos problemas, exige una preparación específica en este ámbito. A pesar de tener que hacer frente a las necesidades de alumnos, padres y profesores, la enfermera escolar es una figura poco reconocida en nuestro país. De hecho, muchas de sus funciones no están claramente definidas. Esto me hace pensar en que, aprovechando el momento de cambio que estamos sufriendo la enfermería con la lucha por las nuevas especialidades, debemos incluir en esa lucha una especialidad que integre la enfermería escolar. Sólo así estaremos preparados para abordar los problemas que se nos plantean en este sector poblacional.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) www.campusdigital.com área: Salud.
- (2) Campos, MS; Urrutia, M; Guzmán, 1997 .Educación y Salud Tres “Niveles de Intervención para una MP; Vargas, I. Escuela Saludable”. Pontificia Universidad Católica de Chile/ Dirección de Educación a Distancia TELEDUC.
- (3) ley orgánica de ordenación general del sistema educativo. LOGSE de 3 de octubre de 1990
- (4) Del Moral Sánchez, Antonio.(1994): Aprendizaje y desarrollo motor. Universidad de Alcalá.
- (5) Arniz, P y Lozano, J.(1996): Proyecto curricular para la diversidad. Psicometricidad y lectura. Editorial CCS.
- (6) Programa de educación para la salud en la Escuela. Petrer 2004-2005. ADEES
- (7) Helena E. Restrepo. Promoción de la salud: Cómo construir vida saludable. Editorial Panamericana.2001
- (8) Promoción de la salud y cambio social. Concha Colomer Revuelta y Carlos Alvarez-Dardet Díaz. Editorial Masson, 2001.
- (9) Busquets, M.D. y otros “Los Temas Transversales, claves de formación integral”. Ed.Santillana. Madrid, 1992.
- (10) Cajas Rojas: “Ed. Para la salud”. Ed. M.E.C. Madrid, 1993.
- (11) Aranceta Bartrina J, Serra Majem Ll, Ribas Barba L, Perez Rodrigo C. Factores determinantes de la obesidad en la población infantil y juvenil española. En: Serra Majem Ll, Aranceta Bartrina J (eds). Obesidad infantil y juvenil. Estudio enKid. Barcelona: Editorial Masson, 2001: 109-128.

PONENCIA II

**NECESIDADES PERCIBIDAS
Y EXPECTATIVAS DE CUIDADOS**

Olga Dudar
Enfermera Educadora en el Programa de Viviendas Tuteladas Fundación Acoge

Alicante Acoge

Olga Dudar



¿ Quién somos?

- Alicante Acoge es una Fundación de ámbito provincial sin fines de lucro e independiente, cuya misión es la atención a los inmigrantes cualquiera que sea su situación documental, con el propósito de apoyarles en su proceso de integración.
- Es un punto de encuentro, de información y formación, de acceso a los recursos existentes. Es una organización especializada, atendida por un equipo multicultural formado por profesionales y voluntarios.
- Alicante Acoge colabora con distintas entidades tanto públicas como privadas y pertenece a la Red Acoge (Federación de Asociaciones por Inmigrantes) de ámbito estatal.



¿ Dónde estamos?

C/ Águila, 33 3º

03006 ALICANTE

Tel. 96 511 52 85

Fax. 96 511 52 82

E mail:alicanteacoge@ctv.es

¿ Qué servicios ofrecemos?

1.- SERVICIO DE ACOGIDA E INTERVENCIÓN SOCIAL

La misión del servicio de acogida e intervención social es la de ofrecer la primera atención a los inmigrantes que llegan a Alicante Acoge, detectando sus necesidades mediante el diagnóstico e intentando responder a ellas a través de la información, asesoramiento o derivación, con el objeto de facilitar su integración dentro de la comunidad de acogida.

De esta área se derivan otros servicios que ofrece la fundación como son:

- Atención a necesidades básicas Programa de acceso a vivienda
- Servicio Médico.
- Fondo Rotatorio.

2.- SERVICIO JURÍDICO

Esta área es atendida por dos abogadas expertas en materia de extranjería que informan y asesoran a los inmigrantes sobre todos aquellos temas relacionados con su situación documental, familiar o cualquier otro tema en materia de extranjería.

3.- INSERCIÓN SOCIOLABORAL

Tiene como misión ayudar al inmigrante en la búsqueda activa de empleo a través de la creación de un *Itinerario de Inserción profesional*, diseñando estrategias de formación especializada, ofreciendo orientación, tanto a inmigrantes como a empresarios y recursos laborales y de empleo a través de una bolsa de trabajo.

4.- VIVIENDA TUTELADA

En la actualidad estamos gestionando dos viviendas tuteladas en la ciudad de Alicante, con capacidad para 12 personas.

5.- SERVICIO DE MEDIACIÓN SOCIAL INTERCULTURAL

Somos la primera entidad inscrita en el registro de la Comunidad Valenciana como Servicio de Mediación Social Intercultural. Dentro de este departamento estamos llevando a cabo varios programas:

- Programa de Intervención Integral de Parque Ansaldo.
- Programa de Apoyo a Menores en Colegios Públicos.
- Programa de Mediación Lingüística.
- Programa de Convivencia Intercultural en el Barrio de Ciudad de Asís.

5. - SENSIBILIZACIÓN Y VOLUNTARIADO

El área de sensibilización y voluntariado es un canal para la participación en actividades de la fundación, para todas aquellas personas que deseen contribuir con su saber y su tiempo a mejorar las condiciones de vida de la población inmigrante, así como sensibilizar a la sociedad de acogida sobre todos los problemas y prejuicios que rodean al hecho migratorio o varias culturas”.

TODOS LOS SERVICIOS DE ALICANTE ACOGE SON GRATUITOS

Mediación en el ámbito sanitario

NECESIDADES PERCIBIDAS Y EXPECTATIVAS DE CUIDADOS

CONCEPTO DE MEDIACIÓN

Recurso profesionalizado que pretende contribuir a una mejor comunicación, relación e integración entre personas o grupos presentes en un territorio y perteneciente a una o varias culturas

Sus orígenes están vinculados al campo sanitario, cuando aparece la necesidad de realizar traducciones lingüísticas y culturales en la relación paciente ,médico.

EN LOS AÑOS 90 ES CUANDO COMIENZA A DESARROLLARSE EN ESPAÑA.

**FUNCIONES DE LA MEDIACIÓN INTERCULTURAL EN EL ÁMBITO
SANITARIO:**

- Facilitar la comunicación.
- Fomentar la cohesión social.
- Fomentar la autonomía e inserción social.

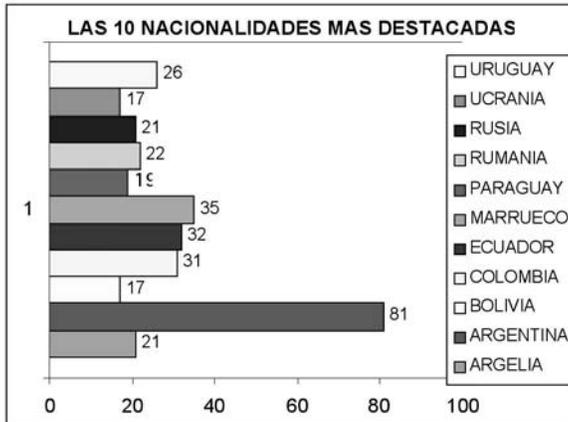
PRINCIPIOS DE LA MEDIACIÓN

- VOLUNTARIEDAD
- AYUDA AL PACIENTE
- NO OBLIGATORIEDAD
- CONFIANZA
- NEUTRALIDAD
- COPARTICIPACIÓN
- TODOS GANAN

PRINCIPALES PROBLEMAS RELACIONADOS CON SALUD EN LA POBLACIÓN INMIGRANTE ATENDIDA POR ALICANTE ACOGE

- **Dificultad con el idioma.**
- **Falta de cobertura sanitaria.**
- **Desinformación sobre el sistema sanitario y convenios sanitarios.**
- **Problemas psicológicos.**
- **Planificación familiar.**
- **Retrasos importantes para obtener la tarjeta sanitaria**
- **Dificultad para identificar documentación extranjera. (vacunaciones, diagnósticos,.....).**
- **Pautas culturales diferentes.**

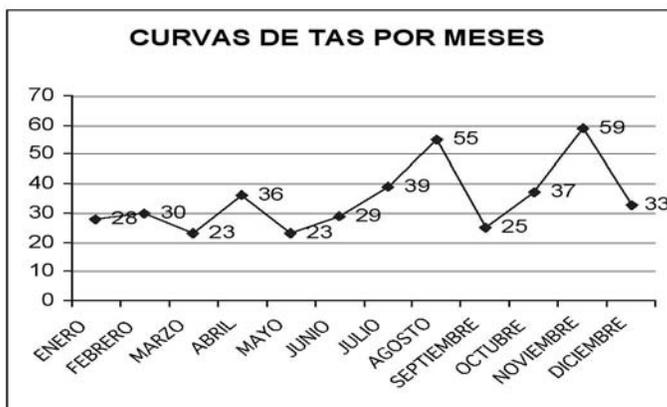
NACIONALIDADES



TAS (Tarjetas de Asistencia Sanitaria)

información para tramitación	946
Tas presentadas	359
tramitaciones urgentes	10
asesoramiento	228

TARJETAS SANITARIAS



COMUNICACIONES A LA PONENCIA II

**CONSUMO DE ALIMENTOS
EN INMIGRANTES DEL ÁREA 17**

Juan Maestre, Manuel Gallar, Juan Mario Domínguez, Flores Vizcaya
Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante

PALABRAS CLAVE

Hábitos alimentarios, valoración nutricional, inmigrantes.

OBJETIVOS

Estimar el consumo de los distintos grupos de alimentos en inmigrantes de diversas poblaciones del área 17.

y compararlo con el consumo alimentario recomendado y el de la población española.

MATERIAL Y MÉTODOS

Sobre una muestra de 170 inmigrantes se realizó una encuesta de valoración del consumo de grupos alimentarios. Los datos fueron procesados mediante el programa estadístico SPSS-6.

RESULTADOS

El consumo de pescados y carnes fue significativamente inferior al de la población española y al consumo recomendado; en tanto que el de lácteos y bebidas no alcohólicas fue significativamente superior.

CONCLUSIONES

Existe un bajo consumo de alimentos de gran valor nutricional, como carnes, pescados y frutas, posiblemente por su elevado precio de mercado. El elevado consumo de bebidas podría responder a costumbres propias del país de origen. Los resultados sugieren la necesidad de establecer campañas de educación nutricional al consumidor inmigrante.

**LA ENFERMERÍA EN EL CENTRO PENITENCIARIO
DE VILLENA: UN MODELO SOCIO-SANITARIO
MULTICULTURAL**

M^a Pilar Muñoz Cano. Enfermera Centro Penitenciario Villena

INTRODUCCIÓN

El Centro Penitenciario de Villena se encuentra en funcionamiento desde Julio del 2002. En la actualidad alberga una población de 1200 internos, con 28 nacionalidades distintas.

Ante una población tan multicultural se presentan diversas particularidades, como:

- Hábitos de vida
- Costumbres y creencias religiosas
- Necesidad de Salud
- Nivel cultural
- Idioma
- Contacto y arraigo familiar

Por todo ello, nos encontramos con una población no solo con problemas sociales, sino también graves problemas físicos y psíquicos que precisan de una atención integral por parte de un equipo multidisciplinar. Este esta compuesto por:

- Profesionales del área de tratamiento: educadores, maestros, monitores (deportivos, ocupacionales), psicólogos
- Profesionales del área de vigilancia
- Profesionales del ámbito sanitario: médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería

PAPEL DEL EQUIPO SANITARIO

Una gran parte de la población reclusa, se encuentra alejada de un estilo de vida saludable. Es un colectivo que no acostumbra a utilizar servicios sanitarios

comunitarios y es en muchos casos en Prisiones, donde por primera vez toma contacto con el Sistema de Salud.

En el Centro Penitenciario de Villena, los problemas de salud mas prevalentes son:

- VIH entre un 20-25 %
- Hepatitis C entre un 40-60 %
- Patología Psiquiátrica grave entre un 3-5 %
- Contactos con el Bacilo tuberculoso (Mantoux +)

El papel de nuestro Equipo Sanitario se asemeja al de un Centro de Atención Primaria en el que el objetivo fundamental es la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, a través de los distintos Programas de Salud:

Ingreso en Prisión

Todos los ingresos son evaluados dentro de las primeras 24 horas de su estancia en prisión.

Se cumplimenta una Historia Clínica con todos los datos socio-sanitarios, se le informa de las actividades sanitarias que se realizan en el Centro: programas, campañas de vacunación, tratamiento de toxicomanías.

Posteriormente derivamos a consulta programada Médica y de Enfermería, según patología o programas en los que deban ser incluidos.

Consulta Programada de Enfermería

Los programas que se desarrollan son los siguientes:

- Programa de detección de enfermedades:
- SURI: sistema unificado de registro de información, en el que se determinan marcadores de VIH, hepatitis C y B, sífilis.
- Screening de infección tuberculosa.
- Programas de seguimiento de enfermedades crónicas:
- VIH: evaluación general del paciente, apoyo psicológico, adherencia al tratamiento antiretroviral, etc.
- HTA: control tensional, asesoramiento dietético y refuerzo del tratamiento antihipertensivo.

- Diabetes: determinaciones periódicas de glucemia y recomendaciones dietéticas y hábitos saludables.
- Patología psiquiátrica: se trabaja la adherencia al tratamiento y se realizan actividades que favorezcan la integración del individuo.
- Programas en drogodependencias: En conexión con el G.A.D. (Grupo de Ayuda al Drogodependiente), que está compuesto por miembros del servicio sanitario y del equipo de tratamiento (psicólogos, educadores, trabajadores sociales...). Se valora al drogodependiente de forma integral y se le ofertan los recursos más apropiados: programa de mantenimiento con metadona, programa de deshabituación con naltrexona o derivación a módulo libre de drogas.
- Programas de Educación para la salud: Adaptados al nivel cultural de cada grupo para favorecer la interiorización de la información, priorizando el refuerzo de las cuestiones más deficitarias: higiene, educación sexual, medidas preventivas para evitar el contagio o transmisión de enfermedades, y formación de mediadores de salud.

Consulta Médica a Demanda y Programada

Se realizan semanalmente en cada módulo

Urgencias

Se atienden en la Enfermería del Centro, conjuntamente con el Médico. En caso de precisar una atención más especializada, son trasladados al hospital, Elda o Alicante según los casos.

Consultas Especializadas

Psiquiatría, Medicina Interna y Odontología se realizan en el mismo Centro Penitenciario. Resto de especialidades en el Centro de Especialidades de Villena.

CONCLUSIONES

Ni la privación de libertad ni la existencia de diferentes culturas impiden una atención sanitaria integral, continuada y de calidad.

Es fundamental la relación entre los distintos niveles asistenciales (intra y extrapenitenciarios) para conseguir este objetivo.

Resaltar la importancia en nuestro medio de la Educación sanitaria, con el fin de adquirir hábitos saludables que se continúen durante su estancia fuera de nuestro Centro.

EL LENGUAJE INTERCULTURAL

Francisca Amat Juan

INTRODUCCIÓN

En la antigüedad hubo un momento importante para los humanos, todos hablábamos la misma lengua, pero sucedió el “caos” y el Mundo cambió, hubo distinta evolución del lenguaje que originó los distintos idiomas, principal barrera que dificulta el entendimiento entre la raza.

Cada pueblo, etnia o nación comparte una Cultura específica que en ocasiones se diferencia del resto bien por su idioma, usos o costumbres.

No hablar la misma lengua puede producir la dificultad de relación entre las personas. Cada cultura habla un idioma distinto e incluso dentro de una misma cultura existe varias lenguas que a su vez se dividen en diferentes dialectos, según el lugar de origen, en la actualidad la pluralidad lingüística en un mismo individuo facilita la comunicación, pero no todas las personas tienen acceso a poder aprender varios idiomas, por diversas razones.

En España, la inmigración es un fenómeno reciente y creciente, pasando de 200.000 residentes extranjeros a más de 1.000.000 desde 1981 hasta la actualidad. A estas cifras habría que añadir los inmigrantes sin papeles, que aunque no existan datos reales quizás sean más de 600.000 personas, según fuentes distintas a las de organismos oficiales del Estado.

Los países de procedencia, en mayor cuantía son magrebí, sur saharianos y latinoamericanos, los más numerosos, seguidos de chinos y originarios de los países del Este Europeo

En los últimos años, Elda, ha experimentado flujos inmigratorios de población extranjera que de alguna forma han frenado el descenso de población, reflejándose en el censo de los últimos años

Existen muchos datos que reconocen el crecimiento económico actual, el cual no sería posible sin la aportación de los inmigrantes que representan actualmen-

te el 5% de los cotizantes de la seguridad Social, siendo estos además, los responsables del actual superávit de la Seguridad Social.

Otro hecho a destacar es que la inmigración experimentada en los últimos años, es la responsable de que España no entrara en un crecimiento negativo (mayor número de defunciones que de nacimientos), según datos del INE.

Y que la balanza demográfica a la que contribuyen sea muy satisfactoria y necesaria.

Creemos o pensamos que la falta de recursos económicos o problemas sociales y laborales en sus países de origen, ha hecho incrementar la población, sobre todo de personas jóvenes en busca de mejores ofertas laborales, en busca de un puesto de trabajo o quizás en un cambio de formas

De vivir, las cuales además suelen crear una familia y tener descendencia.

Según los datos aportados por el Hospital de Elda el incremento de natalidad ha sido notorio. En parte debido al aumento de partos procedentes de inmigrantes extranjeras, como podemos observar

TOTAL MUJERES EXTRANJERAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE TOCGINECOLOGÍA

2003 - 685

2004 - 704

TOTAL DE PARTOS EN GENERAL

2002 - 1.608

2003 - 1.715

2004 - 1.610

PARTOS EXTRANJERAS

2003 - 296

2004 - 354

DESGLOSADO	COMPUTO TOTAL %	EXTRANJERAS
------------	-----------------	-------------

2003

Latino América - (31%) (Ecuador, Colombia y Bolivia.)

África - (5%) (Marruecos, Argelia)

Europa del Este - (3%) (Rumania, Bulgaria)

2004

Latino América - (32%) (Ecuador Colombia y Bolivia.)

África - (4,5%) (Marruecos, Argelia)

Europa del Este - (7%) (Rumania y Bulgaria.)

LA COMUNICACIÓN

Una de las principales barreras que hemos detectado ha sido el lenguaje, la comunicación con estas personas a veces es casi nula, las razones más significativas que hemos observado en el servicio de Obstetricia del Hospital de Elda son:

A veces la falta de interés o dificultad en aprender nuestro idioma (Al cabo de dos años mas o menos de residencia no saben comunicarse en español)

El poco esfuerzo en intentar comunicarse por parte de ellas (No-relación laboral fuera del hogar)

Algunas veces la falta de educación en cuanto a comportamientos inadecuados (Nos referimos a casos puntuales)

Y en otros conceptos, el desentendimiento por parte del paciente hacia nuestros cuidados y hacia el funcionamiento del centro inhibición total.

La barrera lingüística, ha hecho que el personal que trabajamos en este servicio de Maternidad, nos encontremos con bastantes problemas para poder prestar nuestros cuidados de enfermería. Para subsanar estas dificultades, (recogiendo ideas de todo el personal y copiando un modelo de otros centros Hospitalarios) queremos poner en practica una tabla de signos y figuras acondicionada a este servicio la cual (en estudio y comprobación todavía) sirva para aquellos casos en los cuales sea difícil entenderse.

Este servicio (y pienso que otros también) intenta comunicarse con estos pacientes con la ayuda de la mímica (lenguaje universal). Con esta tabla detallada en varios idiomas, conseguiremos una base rudimentaria y sencilla pero a la vez eficaz para aquellos casos de total impedimento lingüístico.

Como veis es bastante sencilla; consta de unas figuras, las cuales hemos traducido en varios idiomas, se puede modificar en cualquier momento y admitimos sugerencias.

Otra barrera que nos encontramos son las distintas formas y costumbres extranjeras (tanto de las madres como respecto a sus bebés); hábitos-alimenticios, religión, puerperio, ropa, visitas hospitalarias, figura del padre, etc. Culturas distintas a la nuestra en las que observamos diferencias que se repiten con frecuencia por ejemplo:

Cultura árabe, la mayoría no come carne (sacrificada de forma inespecífica). La paciente suele permanecer con el pañuelo puesto durante su estancia siempre en presencia de hombres, incluido su esposo (dato curioso, que para nada impide su comunicación claro) y a veces suelen ser bastante retraídas y no hablan mucho. La alimentación de su bebé casi siempre es leche materna.

Cultura asiática, sus costumbres en la alimentación son más obvias, no les suele gustar y rechazan de pleno los alimentos hospitalarios y recurren a los familiares para que les proporcionen alimentos del exterior (siendo un problema a tener en cuenta por el riesgo de posibles intoxicaciones que puedan surgir y el tipo de dieta estipulada). La mayoría de esta población no son muy partidarias de la lactancia materna, recurriendo a leche de fórmula (en el caso de mujeres chinas parece que influye el sexo del bebé en esta decisión).

Cultura iberoamericana (latino-americanas) pone de manifiesto el método canguro y el colécho al 100% pues durante su ingreso suelen pasar su estancia encamadas con su bebé al lado hasta el día de alta hospitalaria, con estas personas el idioma no suele ser un impedimento ya que hablan la misma lengua que nosotros, aunque a veces parece que el vocabulario español les hace dudar en cuanto al significado, pero no conlleva mayor problema. Al igual que las españolas la manera de alimentar a su bebé es variable aunque parece que en este grupo piden con mayor frecuencia “la tetera” o “la mamantona”.

Cultura Europea no hemos detectado nada significativo por ser la más parecida en costumbres a la española; tal vez el horario de comidas, tono de voz y N° de visitas.

CONCLUSIÓN

- 1- Todas las Culturas merecen nuestro respeto y
- 2- Comentar que esta barrera lingüística tendría en parte solución con la presencia de un traductor, ya no solo para este servicio, sino para todo el centro Hospitalario.

**PROGRAMA DE CONTROL NUTRICIONAL Y DIETÉTICO
EN UN CENTRO DE ACOGIDA A REFUGIADOS**

Manuel Gallar, Ana M^a Romo, Juan Maestre, Flores Vizcaya

PALABRAS CLAVE

Valoración nutricional, inmigrantes, alimentación.

OBJETIVOS

Valorar el estado nutricional de los inmigrantes refugiados en un centro de acogida, la aceptación del menú ofertado por el centro y aplicar un programa de educación nutricional.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se registraron datos antropométricos y analíticos y de consumo y hábitos alimentarios (recordatorio de 24 horas y test Eatinfo) de las 16 personas que participaron voluntariamente en este programa. Se desarrolló un taller de educación alimentaria y nutricional.

RESULTADOS

El 68,7% de los participantes se encontraba en normopeso; el 18,7% tenía sobrepeso y el 12,5% bajo peso. El consumo medio calórico fue de 2117 kcal/día. El grado de desequilibrio alimentario fue considerable dado el problema general para aceptar los menús ofertados por el centro.

CONCLUSIONES

El programa de control nutricional y dietético es un método útil que contribuye a un mejor conocimiento de las necesidades básicas de los inmigrantes refugiados, y por tanto a mejorar su calidad de vida.

POSTERS

ATLAS GRÁFICO DE LA MALA PRAXIS EN LA PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN MEDIDAS TERAPEUTICAS

Pablo López Casanova, José Verdú Soriano, Gema Fuentes Pagés, Ana Isabel Ruiz López, Remedios Garrigos Castro, José Fernández de Maya

INTRODUCCIÓN

Describir mediante imágenes las consecuencias de una mala praxis debida a: la falta de formación, consenso y valoración por parte de los profesionales de la salud en la prevención de las úlceras por presión debido al uso de medidas terapéuticas.

MATERIAL Y METODO

Análisis descriptivo y cualitativo, a través de la imagen, de casos clínicos susceptibles de mala praxis. La procedencia de los casos fue de Atención Especializada, ingresada en una unidad de Medicina Interna. Los cuidados establecidos (cuando aparecen en los registros de enfermería) se comparan, en cuanto a prevención y tratamiento, con las directrices del GNEAUPP, de la AHCPR y del árbol de decisión de J. Verdú.

RESULTADOS

En esta comunicación se exponen 9 casos reales, en los cuales se describe tanto el origen de las lesiones, como una breve descripción de la posible causa de aparición. Descripción de casos susceptibles de denuncias y demandas judi-

ciales, casos donde la impericia y la imprudencia es tangible y casos donde la negligencia profesional es susceptible de inclusión en nuestra práctica diaria

CONCLUSIONES

El control fotográfico de las UPP es necesario para el seguimiento y evaluación de los cuidados prestados por el personal de enfermería.

La formación continuada del personal es un componente obligado en nuestra Profesión.

La publicación de los casos negativos en la evaluación de nuestro trabajo tiene que servir para reflexionar sobre la calidad de los mismos.

La dinamización y actualización de los protocolos y guías de los centros tienen que ser una prioridad de las direcciones de enfermería.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE UN CASO DE TOXICODERMIA POR MERCURIO VS. SHOCK TÓXICO-INFECTIVO CON FRACASO MULTIORGÁNICO

*Josefa Montell Tormo, Antonia Castelló Esteve, Carmen Perpiña Galvañ,
Pilar Cruz Fernández, Francisco Olcina Perales*

OBJETIVOS

- Dar a conocer un caso clínico de toxicodermia al mercurio en un paciente adolescente de origen sudamericano.
- Informar de la dificultad diagnóstica del presente caso
- Dar a conocer los cuidados aplicados a dicho paciente-cliente

MATERIAL Y METODOS

- Revisión de la historia clínica
- Desarrollo del plan de cuidados, en un nivel de dependencia máxima

CONCLUSIONES

- Dada la influencia de inmigrantes en la comarca, no hemos de cerrar ninguna puerta ante patologías nuevas o desconocidas para nosotros.
- Importancia de realizar una historia de enfermería completa en la que se recojan aspectos de la vida diaria, evitando las ideas preconcebidas y los juicios de valor.

HÁBITOS ALIMENTARIOS EN INMIGRANTES DEL ÁREA 17

*Miguel Ángel Tortosa Romero - M^a Dolores Vilchez García -
Manuel Ferrández Ferrández - Vanesa Lorca Barchín.
“Técnicos Superiores en Dietética y Nutrición”
y Estudiantes de Enfermería de 2º Curso*

INTRODUCCIÓN

La alimentación es uno de los factores más enraizados en la cultura de los pueblos y que genera conflictos en el momento de asentarse en España, viéndose atrapados entre el patrón alimentario de sus países y las costumbres dietéticas nuestras; si a esto añadimos la desestructuración familiar en la que viven muchos y la falta de recursos económicos, les conduce en muchas ocasiones a un cierto riesgo implícito de nutrición deficiente; por todo esto se deben de llevar a cabo estudios de investigación epidemiológica que den respuestas y conocimiento de las necesidades y prioridades en salud, lo que justifica el presente proyecto en el que pretendemos dar respuestas a los problemas y necesidades alimenticias y nutricionales que presentan el colectivo de inmigrantes residentes en el área - 17.

OBJETIVOS

- Estimar las ingestas de energía y macronutrientes.
- Comparar la ingesta de alimentos con las recomendaciones para la población española.
- Comparar dichas ingestas con las recomendaciones para una dieta equilibrada.

- Estimar el consumo de tabaco, alcohol, bebidas refrescantes y suplementos
- Estimar alimentos y utensilios de cocina de difícil acceso en España

PERSONAS Y MÉTODOS

- Estudio epidemiológico descriptivo transversal.
- Se pasó un recordatorio de 24 horas a 170 inmigrantes mayores de edad, de las distintas poblaciones del área 17.
- Se calculó la ingesta calórica y de macronutrientes con el programa Dietsource de Novartis y el tratamiento estadístico con el SPSS.
- La muestra quedó conformada por 170 personas inmigrantes, divididos, por grupos de edad, estancia en España, sexo...

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

- Se observó que el consumo en energía y macronutrientes en inmigrantes, era más aproximado a las recomendaciones establecidas sobre una dieta equilibrada que el consumo medio de los españoles, sobrepasando el consumo medio de calorías y lípidos, y no llegando al porcentaje establecido de glúcidos. (tablas: 1, 2 y 3)
- Se detectó que el reparto calórico y en macronutrientes en inmigrantes, no eran los mismos por grupos de países cercanos, siendo la ingesta energética significativamente inferior en países del este que en países sudamericanos; sobre el reparto en macronutrientes, en países sudamericanos se aproxima más a lo equilibrado que en los países del este. (tabla 4)
- Se observó que el consumo proteico incrementaba considerablemente con los grupos de edad, siendo un 14% en el grupo de menores de 20 años, y un 18,5% en el grupo de mayores de 40 años.
- En los hábitos se observó que un gran porcentaje de los encuestados realizaban una media de 3 ingestas al día, siendo una media de 5 las ingestas que realizan los españoles, y 6 ingestas las recomendadas. Además se detectó que consumían alcohol de baja graduación a diario un porcentaje importante. (tabla 4)
- Algunos de los utensilios de los que carecen en España son : chocolatera, arrocera, molinillo, jarra aguapanela, batidor de madera (hacer sopa), y molinillo para maíz y para chocolate.

- Algunos de los alimentos de los que no encuentran en España o les son de difícil acceso son la mayoría frutos tropicales: sarcocho, maracuyá, yulo, guanábana, plátano macho, arepas, papas criollas, mufen, mango pequeño, coladas, tomate de árbol, moras, papaya, arracacha (como yuca, verdura), lulo, naranjilla, sapote, patata blanca china, chontaduro, chiles serranos, maíz mote, mazamorra, limoncitos, granadilla, curaba, carne de res, yuca, guayaba... (algunos expresados en jergas sudamericanas)

COLABORADORES



Marvax, s. l.



LABORATORIOS
FARMACEUTICOS ROVI, S.A.



Colegio Oficial de Enfermería de Alicante

CECOVA