

CARTAS AL DIRECTOR



Puntitis: el acúmulo desmesurado de puntos

Sr. Director: En el ámbito asistencial público de la Enfermería española cada vez existen menos contratos y mayor rivalidad entre los candidatos a causa de la crisis y los recortes. Por este motivo, recién titulados y enfermeros poco experimentados se ven obligados a ingeniárselas para situarse en una posición aceptable dentro de las bolsas de trabajo. Estas bolsas no son más que un listado de profesionales aspirantes a un contrato laboral, ordenado en función del acúmulo de puntos mediante papeles¹ baremables. Es aquí, donde entra en juego lo que se denomina *crisistunidad*. Este neologismo procede de la cultura china, donde utilizan la misma palabra para decir “crisis” y “oportunidad” (危机, *weiji*; 危, “crisis” y 机, “oportunidad”). Este escenario ha estimulado la creatividad picaresca del colectivo sanitario, de tal manera que ha comenzado a verse la crisis como una oportunidad de reinventarse.

Los profesionales se sienten atrapados ante un sistema burocrático de gran exigencia, con poca uniformidad en la valoración de puntos a lo largo del territorio español,² y cada vez menos generoso en su oferta y condiciones de trabajo. Por esta razón, los sanitarios han estudiado con detenimiento las bases de las bolsas de trabajo temporal en busca de posibles apartados con los que inflar sus expedientes y escalar en los listados, ya que cuanto mayor sea el número de puntos conseguidos mayores serán sus posibilidades de trabajo. Hasta aquí todo discurre con una normalidad lógica. Sin embargo, la obsesión por la obtención inmediata de resultados visibles ha conducido a algunos de ellos a actuar de manera inapropiada. A propósito de esto, hablaré concretamente sobre los apartados de formación postgrado y trabajos científicos, ya que estos han pasado desapercibidos hasta el momento en el caso del Sistema Andaluz de Salud (SAS), y ahora están surgiendo alrededor de ellos un conjunto de conductas de las que soy consciente y me gustaría compartir.

El apartado de formación posgrado incluye: títulos de másteres y expertos universitarios oficiales. Los profesionales que se lo pueden permitir económicamente se aventuran a realizar dos másteres o tres expertos con el único fin de conseguir el máximo de puntos en este apartado, ya que este es el único modo de ascender mientras no llega el trabajo. Entre los propios sanitarios corren rumores de que hay algunos posgrados que puntúan en bolsa, que son baratos, online, que no requieren trabajo fin de máster, y además se pueden conseguir los exámenes fácilmente. De esta forma todos ganan. Entidades educativas ofrecen poca exigencia en la obtención del título a cambio de la seguridad de tener alumnos, y estos últimos adquieren un certificado que le concede puntos a cambio de un mínimo esfuerzo y un desembolso económico.

Algo parecido pasa con los trabajos científicos. Este apartado incluye: libros, capítulos de libro, artículos de revista, ponencias, comunicaciones, premios y oposiciones superadas. Este cajón

donde amontonar puntos suena tentador por el gran valor que se le concede, pero lo ven lejos de sus posibilidades por el carácter científico que exige. Aún así, presentan curiosidad y deciden averiguarlo por sí solos. La vía más rápida es la publicación de libros, y se ponen manos a la obra y solicitan el número de ISBN (Internacional Standard Book Number). Una vez que realizan los libros pasan victoriosos los comités de valoración, pero el entusiasmo se acaba cuando los organismos se percatan de las actuaciones fraudulentas ya que estos no cumplen con el carácter científico.³ Al ver fracasado el intento de los libros siguen acechando y rápidamente se han dado cuenta de que en algunos congresos el nivel exigido por parte de los comités científicos para presentar pósters o comunicaciones no es muy alto. A raíz de aquí, forman grupos de trabajo y juegan con la autoría de los “estudios científicos” y con la comunidad científica. En estos grupos existe una responsabilidad individual por trabajo y una autoría compartida, independientemente del grado de participación que se haya tenido en la investigación.⁴ Arrastrados por el ansia de acumular puntos, escogen aquellos congresos a los que se pueden enviar un número ilimitado de comunicaciones, ya que obtendrán una mayor rentabilidad con una mínima inversión. Estos numerosos trabajos de dudoso rigor científico llegan a ascender hasta la asombrosa cifra de treinta pósters por autor y congreso. Además, algunos de ellos, son enmascarados y presentados en otros congresos.

Una vez llegados a este extremo, indudablemente el profesional padece *puntitis*. Este término procede de la palabra “puntos” (del latín *punctum*) y de la terminación “-itis”, empleada en el campo de la medicina para designar una inflamación o infección. Por tanto, se puede definir *puntitis* como el síndrome caracterizado por acumular el máximo de puntos permitidos en las bolsas de trabajo en el menor tiempo posible de una forma inapropiada. Este padecimiento puede desarrollarse de forma aguda, y tras un periodo de reflexión ética desaparecer, o evolucionar a la cronicidad a expensas de la propia reputación.

La regularización de la formación de postgrado mediante el Real Decreto 56/2005,⁵ otorgó a la Enfermería la oportunidad de acceder a la enseñanza superior y al doctorado, sin necesidad de acudir a otras vías como la realización de ciclos superiores de otras licenciaturas para culminar con la máxima acreditación académica universitaria. Pero en la actualidad, ¿para qué sirve tanta formación de postgrado si no es de calidad?, ¿para qué estudiar las bases de la investigación en postgrados si los conocimientos no se utilizan correctamente? Con este real decreto la Enfermería dio un paso hacia adelante, y entre todos se debería evitar dar pasos hacia atrás construyendo senderos que conduzcan al crecimiento de la sociedad del conocimiento enfermero. Por suerte, son solo unos pocos los que realizan estas conductas inadecuadas, pero a pesar de ello, me siento en la obligación de defender mi profesión y luchar por una Enfermería digna, ya que la reputación de la Enfermería lo es todo. Por eso, hay que salvaguardarla y

CARTAS AL DIRECTOR

combatir contra situaciones de este tipo, ya que por encima del interés individual debería imperar el interés colectivo.

En definitiva, podemos decir que la situación actual de crisis, las entidades educativas, los congresos lucrativos poco estrictos y las políticas institucionales de evaluación de méritos, están incentivando el desarrollo de estrategias de defensa por parte de los aspirantes como las descritas anteriormente, ya que están premiando la posesión de papeles y no de conocimiento.¹ Todas las partes implicadas de cualquier manera, deberían reflexionar sobre estas cuestiones, y actuar en consecuencia ante este fenómeno, pues si no intervenimos rápido en fijar criterios sobre la calidad de los estudios de postgrado baremables, en el número de comunicaciones por congreso, rigurosidad de los trabajos presentados, y en la calidad y transparencia de los eventos, el *síndrome puntitis* se propagará viralmente y pasará lo mismo que con el sonado fraude de las publicaciones de los libros del SAS.²

Jessica MEDINA GARCÍA

X Programa Minerva Jóvenes Investigadores, Fundación Index, Granada, España

Correspondencia: jmg.enfermera@gmail.com

La importancia de los Activos en Salud en tiempos de crisis económica

Sr. Director: Un activo en salud es un conjunto de potenciales – cualidades internas y externas de posesión individual innatas y adquiridas – que llevan a la persona a tener comportamientos saludables y unos resultados óptimos de bienestar y salud (Rote-gard et al., 2009). Para poder llevar este concepto a la práctica se deben elaborar los mapas de activos que consisten en describir los recursos de las actividades comunitarias existentes, junto a una caracterización de recursos en salud más informales, personales y simbólicos (Botello, 2013). Estos recursos pueden ser de varios tipos, según nos indican Morgan, et al. (2010). Así, hay recursos de los individuos, de las asociaciones formales e informales, físicos del área, económicos, culturales y de las organizaciones.

Los recursos individuales son miembros de la comunidad, familias y vecinos; los de las asociaciones formales, se refiere a grupos religiosos, deportivos, de voluntarios, asociaciones juveniles, de vecinos y de pacientes; los recursos de las asociaciones informales, como la red informal de cuidadores y la de apoyo; los recursos físicos del área, serían parques, centros educativos, bibliotecas, centros de salud y centros infantiles; los económicos son negocios locales y comercios; los recursos culturales, son el teatro, la música y el arte; y finalmente los de las organizaciones como, servicios del ayuntamiento, concejales, líderes de barrios o vecindarios, policía, trabajadores sociales, médicos de familia y enfermeros (Morgan, et al., 2010).

Llegados a este punto se debe saber diferenciar entre un recurso y un activo. Un activo es un recurso que la comunidad utiliza, porque lo conoce y le es útil; en cambio un recurso no se utiliza. En cada comunidad existen multitud de recursos que con una prescripción adecuada podrían ser utilizados por los miembros de la comunidad y pasar a ser un activo. De forma que la elaboración del mapa de activos, o mapeo, no sería posible sin la participación comunitaria, ya que este se realiza obteniendo la información directamente de los miembros de la comunidad. Así se descubren factores positivos de cada comunidad y se teje una red de relacio-

Bibliografía

1. Amezcua, Manuel. Papirolatría: Cuando el papel vale más que el talento. ENE. Revista de Enfermería. Dic. 2013; 7(1). Disponible en http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/375/pdf_21 [acceso: 22/01/2014].
2. Martínez Tofé, Jesús; Corcuera Cantabrana, Ana; Mir Ramos, Eduardo; Castro Salanova, Rafael; Sancho Pellicer, Antonio; Aguiló Anento, Bernardo. Estudio comparativo de los diferentes procesos de selección de empleo temporal de las comunidades autónomas españolas. Tesela 2010; 8. Disponible en <http://www.index-f.com/tesela/ts8/ts7445.php> [acceso: 25/02/2014].
3. Moreno Jerez G. El SAS pone freno a la picaresca para sumar puntos en su bolsa de empleo. Diariodejerez.es. 14/05/2013. Disponible en <http://www.diariodejerez.es/article/jerez/1522862/sas/pone/freno/la/picaresca/para/sumar/puntos/su/bolsa/empleo.html> [acceso: 27/02/2014].
4. Martínez Betancur, Octavio. Autoría científica merecida y responsable. Rev Fac Med. 2007; 55: 115-125. Disponible en http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-00112007000200005&script=sci_arttext [acceso: 30/01/2014].
5. Real Decreto 56/2005, de 21 de enero, por el que se regulan los estudios universitarios oficiales de Postgrado, BOE, 25/01/2005; 21:2846-51. Disponible en <http://www.boe.es/boe/dias/2005/01/25/pdfs/A02846-02851.pdf> [acceso: 07/03/2014].

nes y de apoyos mutuos, de forma que este proceso desemboca en proyectos que mejoran la calidad de vida y promocionan la salud (Improvement and Development Agency, 2011).

Botello (2013) diseñó una metodología para llevar a cabo el mapeo de activos en salud en una comunidad, la cual consta de seis fases: (1) la presentación a los agentes locales, (2) la delimitación del mapeo, (3) el trabajo inicial con los agentes del terreno, (4) el trabajo de campo en la comunidad, (5) la visualización en la web y (6) la transferencia a los agentes locales y a la población. En la primera fase se expone la estrategia de participación y las herramientas del mapeo a los agentes locales, estos pueden ser personas de referencia en el ayuntamiento o en asociaciones que son líderes dentro de la comunidad. La función de estos es contactar con los agentes del terreno que son las personas clave de la comunidad y que lideran el proceso del mapeo. La fase de delimitación del mapeo consiste en definir la zona y buscar los recursos disponibles. En la tercera fase se presenta la propuesta de trabajo a los agentes del terreno, se crea un grupo motor responsable de guiar el proceso del mapeo y se identifican los informantes clave – miembros que conocen de cerca a la comunidad–. En la fase de trabajo de campo los informantes clave salen a la calle a buscar los activos a través de entrevistas, grupos de discusión o, *mapping party*, entre otras técnicas de recogida de datos. Las últimas dos fases contemplan el *feed-back* con la comunidad de los activos encontrados.

Actualmente profesionales de centros de salud españoles están realizando un mapa de activos de su zona para, en un futuro próximo, prescribir a los miembros de su comunidad actividades saludables basadas en los activos. Cabe destacar la importancia de las enfermeras en la tarea del mapeo y en la prescripción. En el mapeo formarán parte del grupo motor, y en la prescripción serán ellas las que pactarán con el paciente qué activos son más apropiados.

En estos momentos de crisis económica se hace necesario utilizar los recursos existentes para evitar, en un futuro, un mayor gasto económico derivado de enfermedades, especialmente enfermedades crónicas, que se pueden prevenir utilizando los activos

CARTAS AL DIRECTOR

en salud del entorno. Por ejemplo, a una persona con riesgo cardiovascular se le podría prescribir la realización de actividad física basada en el aprovechamiento de los activos que hay en su entorno, y encontrados mediante la metodología antes explicada. Así pues, se pactaría con la persona qué tipo de actividad física le gusta y puede practicar, y en qué lugar. Caminar por la ronda de su pueblo con el grupo de caminadoras, correr por el paseo marítimo, ir a trabajar en bicicleta aprovechando la existencia de un carril bici, nadar en las piscinas del polideportivo, hacer senderismo cada domingo con el grupo excursionista de su barrio, podrían ser algunos ejemplos de prescripción de actividad física.

Es importante remarcar que con estas prácticas se empodera a la comunidad y con la metodología de activos nos cercioramos de que la prescripción dará su fruto. Se habla de empoderamiento ya que no solo se les hace partícipes, si no que se les da la importancia que se merecen en su propio cuidado. Colaborar con los pacientes para que mejoren su salud es básico, ya que si la prescripción no se adapta a sus gustos y necesidades no podrán crear un hábito saludable, ya que no perdurará mucho tiempo en su rutina

diaria. Dejemos de mandar y pasemos a colaborar con nuestra ayuda.

Ana Maria RIERA SAMPOL

Universitat de les Illes Balears, Palma, España.

Correspondencia: ana.riera@uib.es

Bibliografía

Botello B, Palacio S, García M, Margolles M, Fernández F, Hernán M, et al. (2013). Metodología para el mapeo de activos de salud en una comunidad. Gaceta Sanitaria, 27(2):180-183.

Improvement and Development Agency (2010). A glass half-full: how an asset approach can improve community health and well-being [Internet]. Disponible en: <http://www.bankofideas.com.au/Downloads/GlassHalfFull.pdf> [acceso: 14/04/2014].

Morgan A, Davies M, Ziglio E, editores (2010). Health assets in a global context: theory, methods, action. New York: Springer. Pp. 59-76.

Rotegard AK, Moore SM, Fagermoen MS, Ruland CM (2009). Health assets: A concept analysis. International Journal of Nursing Studies, 47:513-525.

BIBLIOGRÁFICA

ELUCIDARIO

Real Orden de aprobación del Programa de conocimientos para habilitar enfermeras

Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes

Vista la instancia presentada por la Congregación de Siervas de María, Ministras de los enfermos, solicitando que se autorice para ejercer la profesión de enfermeras a las religiosas que acrediten tener los conocimientos necesarios con arreglo al Programa que con este fin se establezca,

S.M. el Rey (q.D.g.) ha tenido a bien disponer lo siguiente:

1º. Se aprueba el adjunto Programa de los conocimientos necesarios para habilitar de enfermeras a las que lo soliciten pertenecientes ó no á comunidades religiosas.

2º. Los conocimientos que el Programa contiene podrán adquirirse previamente, asistiendo para los de carácter práctico a las clínicas, consultorios, asilos ú hospitales que a las aspirantes convengan.

3º. La prueba de suficiencia consistirá en un examen Teórico-práctico ante un Tribunal análogo al que funciona para la reválida de practicantes de la Facultad de Medicina de Madrid, designado por el Decano.

4º. Las aspirantes aprobadas en estos exámenes obtendrán una certificación expedida por el Decano del Facultad de Medicina, en la que hará constar que quedan autorizadas para ejercer la profesión de enfermeras.

5º. Los exámenes se verificarán todos los años en la Facultad de Medicina de la Universidad Central en la fecha que designe el decanato.

6º. Las aspirantes a enfermeras sasisfarán en la Secretaria de la Facultad para formación de expediente tres pesetas y para pagos de derechos de examen diez pesetas, con opción a segundo examen, tres meses después como plazo mínimo, las que no obtuviesen la aprobación en el primero.

De Real Orden lo digo a V.I. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde a V.I. muchos años. Madrid, 7 de mayo de 1915.

ESTEBAN COLLANTES

Señor Subsecretario de este Ministerio.

Publicado en Gaceta de Madrid, 21 de mayo de 1915.



Este año se conmemora uno de los más importantes hitos de la historia de la Enfermería en España, el centenario de la creación del título de Enfermera. Se hizo a propuesta de una pequeña congregación de religiosas dedicadas al cuidado de los enfermos. Las Siervas de María Ministras de los Enfermos solo pretendían legitimar las funciones desarrolladas por sus hermanas enfermeras, pero con ello lograron dar un gran impulso a la enfermería laica, que ya había comenzado su andadura académica una década antes en la Escuela de Enfermería de Santa Isabel de Hungría de Madrid.

Desde el grupo Gómeres (historia y pensamiento enfermero) se está haciendo una llamada a las enfermeras españolas para que conmemoren esta página señera de su historia más reciente. Con ello se favorece la identidad profesional, constituyendo una gran oportunidad para que la ciudadanía conozca y comparta los valores que se asocian a la profesión enfermera.

Gómeres: <http://index-f.com/gómeres/?p=861>