

LA COLMENA

La realidad y el deseo



Juan Carlos Martín
Araujo

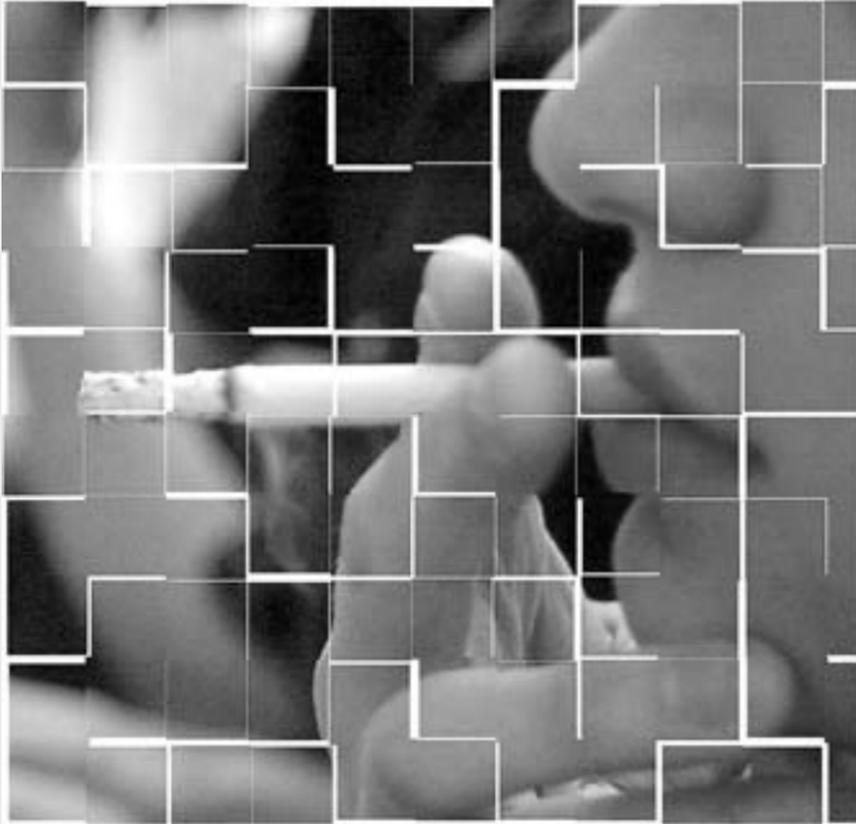
Secretario Técnico de
Drogodependencias
del SES

No es casualidad que, para hablar de tabaquismo, recuerde a Luis Cernuda y su libro cuyo título nos presta para comenzar este artículo. Y no lo es, porque en él un verso del poema "Telarañas cuelgan de la razón" dice así: "Ahora hace falta recoger los trozos de prudencia, aunque siempre nos falte alguno". La realidad es tozuda, aunque nuestro deseo sea cambiarla.

En nuestra región fuma el 33,72% de los extremeños y el 23,91% de las extremeñas de más de 16 años (Encuesta Nacional de Salud, INE 2003), y si nos fijamos en el grupo de edad de 14 a 18 años, el 27,3% de los chicos y el 37% de las chicas son fumadores habituales (Encuesta Escolar 2004, PNSD-MSC). Con estos datos ya podemos observar la primera de las dos características fundamentales de la epidemia del tabaquismo: la feminización de su consumo. La segunda es algo que ya resaltó la OMS en el día mundial sin tabaco del pasado año: "Tabaco y pobreza: un círculo vicioso". Actualmente, en la mayoría de los países europeos es más frecuente que fumen los grupos socioeconómicos más desfavorecidos. En la Unión Europea, los dos grupos que más fumaban en 2002 eran los desempleados (54%) y los trabajadores manuales (51%), cuando la media de la UE era del 39%. En general, la epidemia tabáquica que comenzó en los hombres de países ricos, se está extendiendo a las mujeres de estos países y a los hombres de países más desfavorecidos. Históricamente, al subir el poder adquisitivo de la población también lo hacía el número de fumadores. Pero en las últimas tres o cuatro décadas este patrón parece haber cambiado, al menos en el caso de los hombres. Los hombres de niveles socioeconómicos más altos han ido dejando el tabaco progresivamente, mientras que esto no ha sucedido con los más pobres.

Por este motivo cualquier iniciativa dirigida a evitar que comiencen a fumar nuestros jóvenes, casi niños (según nuestra encuesta escolar: 13,1 años de edad

media de inicio), y a ayudar a los fumadores a que abandonen su hábito, está encuadrada en una estrategia social básica de apoyo a los más desfavorecidos. La futura Ley de medidas sanitarias contra el tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco, pretende tres objetivos fundamentales: la no incorporación de nuevos fumadores (regulación de la venta y publicidad), la protección de la salud de los no fumadores (espacios sin



humo) y la promoción de programas de deshabituación basados en la evidencia desde el Sistema Nacional de Salud.

El tabaquismo es una adicción generada por la nicotina, que produce dependencia física y psicológica, y cuyo consumo crónico determina un gran número de enfermedades. Como tal conducta adictiva es considerada una enfermedad que requiere un tratamiento ade-

cuado. Los profesionales de atención primaria se encuentran en una situación favorable para intervenir en este ámbito: por un lado, por su proximidad a los usuarios y su papel modélico en los hábitos de consumo de sus comunidades; por otro, al ser los profesionales de la salud que más contacto tienen con las personas fumadoras, sanas o enfermas, y que más inmediatamente pueden servir de apoyo para dejar de fumar. Desde la inicial aportación hace más de dos décadas sobre los logros de la intervención mínima en consulta (Russell, 1979), capaz de reducir un 5% los fumadores cada año, hasta los programas multicomponentes con ayuda psicológica y farmacológica -agonistas nicotínicos básicamente-, capaces de conseguir abstinencias al año cercanas al 40% (Silagy, C. et al., Cochrane 2004), disponemos de abundante evidencia científica para abordar adecuadamente la deshabituación tabáquica. Sin duda, debemos ser capaces de mejorar las habilidades de los profesionales de atención primaria en el abordaje del tabaquismo, pero más importante aún, estamos obligados a persuadirlos de su papel clave en la prevención del tabaquismo.

Tampoco se debe olvidar que el tabaquismo es la consecuencia de una serie de circunstancias y aprendizajes que se han iniciado en la infancia misma; la educación para la salud, con la implicación de los docentes y profesionales sanitarios es fundamental para contrarrestar la influencia de otros factores que sabemos condicionan la iniciación del consumo.

La reducción del tabaquismo en Extremadura precisa un compromiso de todos. Sin duda liderado por el sistema público de salud, pero con la colaboración del resto de los agentes sociales claves (educación, administraciones públicas, sociedades científicas, sindicatos y empresarios) sin los cuales el avance será más lento.

Es el momento, aprovechando la aprobación de la nueva Ley, de recoger trozos de prudencia en un tema como el tabaquismo que concita, en ocasiones, posturas enfrentadas. Debemos ser capaces de transmitir que no se trata de una norma contra los fumadores, sino a favor de la salud, en especial de los más jóvenes. Es una tarea de todos, y de todos será el éxito de que los extremeños y extremeñas de las próximas décadas fumen menos.

Programa de Calidad de Enfermería del Complejo Hospitalario de Cáceres



María Luisa
Jiménez Arroyo

Supervisora del Área
de Calidad y Docencia

El Servicio Extremeño de Salud, sitúa al usuario como el eje central del sistema. Los ciudadanos que solicitan atención y cuidados nos demandan una asistencia sanitaria de calidad, tanto científica como técnica.

El modelo sobre acreditación de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios específico para Extremadura, cuyo principal objetivo es "dotar de calidad la atención sanitaria que reciben los ciudadanos", se basa en un concepto de calidad global, atendiendo a indicadores desde el punto de vista de la Dirección del Centro, la planificación sanitaria y la formación de los profesionales.

El Complejo Hospitalario de Cáceres, desde el año 1990 tiene elaborado un Programa de Calidad, que garantiza unos cuidados de enfermería basados en criterios de calidad. En él se recogen todos los parámetros e indicadores de los protocolos de enfermería, en los que se basa nuestro Sistema de Acreditación de Unidades, obteniéndose una clasificación de las Unidades que puede ser Básica, Adecuada y Óptima y que analiza las siguientes Áreas:

- Seguridad e Higiene
- Comunicación e Información
- Organización y Planificación de Cuidados

En el Área de Seguridad e Higiene, los indicadores

son: Tasa de identificación y prevención de, UPP, Accidentes y Flebitis. Higiene del paciente y del entorno. Datos que se obtienen del informe mensual de resultados emitidos por las Supervisoras de Unidad y por Medicina Preventiva.

En el Área de Comunicación e Información se realiza la llamada post-alta donde obtenemos datos de la satisfacción de los Pacientes, esta llamada se realiza entre los días tres y cinco del Alta hospitalaria. Así mismo desde el S.A.U. nos tramitan las Reclamaciones Verbales y Escritas imputables a la Dirección de Enfermería, resolviéndolas y aplicando acciones de mejora en un plazo no superior a 15 días.

En el Área de Organización y Planificación de Cuidados se analiza el índice de competencia de los Planes de Cuidados, y de los procesos específicos que se deter-

minan en cada Unidad según el Programa de Garantía de la Calidad. Estos datos se obtienen de las dos auditorías que se realizan al año y del muestreo trimestral que hacen en cada Unidad las Supervisoras junto con los profesionales de enfermería. Las Unidades Centrales receptoras emiten mensualmente informe de errores en material o muestras.

A través de estas auditorías periódicas realizadas por los responsables y habiendo logrado el compromiso y participación de los profesionales de enfermería, conocemos los puntos fuertes y débiles, que nos permite analizar objetivamente los indicadores en los que basamos la calidad. Así mismo mediante la comparación con los estándares obtenemos una información real para establecer objetivos y planificar acciones de mejora.

Todo esto sería un objetivo no conseguido si la enfermería percibiera estas auditorías como sistemas rígidos de fiscalización o dudas sobre su profesionalidad y no como realmente es, una herramienta facilitadora del diálogo y del consenso entre los profesionales, verdaderos conocedores "in situ" del producto que ofrecemos. Esa misma herramienta nos ayuda a minimizar errores, garantizando unos cuidados de calidad que es nuestro compromiso enfermero.

La calidad no es únicamente un modo de pensar. Es un conjunto de principios y métodos encaminados a la satisfacción que percibe el usuario y al menor coste.

Que la calidad cueste dinero, no se puede negar, pero igualmente innegable es el alto coste de la no calidad y la insatisfacción que esto produce en los usuarios y en los profesionales.

