

Documentos

ILUSTRE
COLEGIO
OFICIAL DE
ENFERMERÍA
DE HUELVA



enfermería

AÑO IV

nº 15 Julio 2000



SÍMBOLO DE UNA PROFESIÓN EN MARCHA

Edita:

Ilustre Colegio Oficial de Enfermería
de Huelva

Consejo de Administración:

Junta de Gobierno del Ilustre Colegio
Oficial de Enfermería de Huelva

Consejo de Redacción

Presidente:

Gonzalo García Domínguez

Director:

A. Alejandro Cordero Gómez

Director Técnico:

Vicente Villa García-Noblejas

Asesora de redacción:

Eva M^ª Lorenzo Martín

Jefa de redacción:

Josefa Lorenzo Martín

Redacción:

José Vadillo Carroza

Francisca Hernández Quintero

Enrique Aguiar Mojarro

Eduardo Rico González

Antonio Olid Torres

Fotografía:

Antonio J. Alcalde Pérez y Archivo del
Ilustre Colegio de Enfermería de Huelva

Redacción: Sede Colegial

Imprime: Technographic, S.L.

Depósito Legal: H-1996-43

I.S.S.N.: 1136-2243

Tirada: 2.500 ejemplares

Distribución gratuita



Domicilio de la sede colegial

C/ Berdigón, nº 35, pral. izq.

21003 Huelva

Telf. 959 54 09 04

Correo electrónico:

Línea Móvil 639/11 17 10

Colg21@.smail.ocenf.org.

Fax: 959 25 62 70

Horario de Oficina:

De lunes a viernes.

De 9 a 21 h. ininterrumpidamente

Horario de la Asesoría Jurídica

Martes y jueves de 17,30 a 19 horas

Entrevista con el presidente:

Concertar cita

Sumario

3	Editorial
4	¿Cuál es el futuro Rol de la Enfermería?
6/7	Reclamación de Usuarios
8/9	Salud Pública
10/11	Recurso contra criterios de baremación del SAS
12	Póliza 200 Millones
13	El arte de tratar o la ciencia de cuidar
14	Vallejo/Andrés Estrada
15/16/17	Investigación sobre el Vértigo
18/19	Antropoenfermería: La gestión del Autocuidado
20	Caudal
21	Lista de Espera
23	Póster VII Certamen
24	Caja Rural

NORMAS PARA LA PUBLICACIÓN EN DOCUMENTOS DE ENFERMERÍA

Documentos de enfermería publica en sus distintas secciones trabajos sobre las diversas actividades de la profesión: atención hospitalaria, atención primaria, docencia, investigación, epidemiología, gestión y administración, ética, relaciones laborales, la formación, historia de la profesión y recursos humanos en el campo de la enfermería y la salud en general.

La presentación de un trabajo no implica la obligación por parte del Consejo Editorial de su aceptación para su publicación, ni compromiso respecto a la fecha de la misma.

El Consejo Editorial establecerá comunicación con los autores de los trabajos para manifestarles su recepción y si es precisa alguna normalización del mismo.

Los trabajos se presentarán en folios DIN-A-4, numerados, mecanografiados por una sola cara a doble espacio, dejando unos márgenes inferior y superior e izquierdo de 4 cms. y derecho de 2 cms.

Los dibujos, gráficos y fotos, así como sus leyendas irán a parte bien identificados y numerados.

La bibliografía, si la hubiera, se acompañará en folio aparte.

Si se tratara de resúmenes de ponencias o comunicaciones a congresos, el autor deberá indicar el nombre del congreso, fecha y lugar de celebración, así como si ha obtenido alguna mención.

Los trabajos irán acompañados de una carta de presentación donde se indica el deseo de publicarlo en Documentos de Enfermería, así como el título del trabajo, lugar y año de realización, nombre completo del autor o autores, número de colegiado, D.N.I., dirección completa y teléfono para posterior comunicación.

Los trabajos podrán ser remitidos por correo o entregados personalmente en la sede del Colegio de Enfermería de Huelva.

Los trabajos aceptados quedan a disposición del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Huelva para su posterior utilización.

Queda prohibida la reproducción total o parcial de esta publicación por cualquier medio sin citar la fuente.

Documentos de Enfermería no se hace responsable ni comparte necesariamente las opiniones manifestadas en los artículos, siendo responsabilidad exclusiva de sus autores.

Profesionales

año 2000



uando las páginas de Documentos de Enfermería vuelvan a contactar con sus destinatarios, los profesionales de la provincia de Huelva, es seguro que habrá salido desde las aulas de la Escuela la promoción de diplomados que estrena el año 2000. Son pues,

los primeros del siglo XXI, dejando a un lado la polémica sobre si el nuevo milenio empezó el pasado uno de enero o todavía estamos en el siglo XX. Lo importante es que a la gran familia de la profesión se le acaba de sumar quienes estrenan tal condición en el presente 2000.

Ellos, junto al resto del colectivo, suponen la esperanza de seguir construyendo y consolidando los intereses específicos de la enfermería precisamente ahora en que se acaba de producir un cambio en la Consejería de Salud, en la Delegación provincial y, en suma, en muchos modos y formas de actuación que si bien parecían inamovibles, las épocas que vivimos son de auténtico cambio y transformación.

Este número deja, precisamente, constancia de los nuevos horizontes en los que se mueve toda la sanidad y, más concreto la enfermería. La opinión del presidente de la Organización Colegial, González Jurado, resume en

gran medida todos aquellos interrogantes que, a menudo, nos asaltan como colectivo y como profesionales, a título individual.

Pero, también, la presente edición contempla el interés de la enfermería onubense por profundizar en la publicación de iniciativas, fruto de anteriores afanes investigadores. Nada puede resultar más enriquecedor para el conjunto de la profesión que asistir a un creciente interés en este frente que el Colegio Oficial valora en la medida de que supone ir recuperando terreno perdido a través del tiempo. El esfuerzo que supone editar esta Revista se ve compensado porque entre sus contenidos se dan, con mayor frecuencia, propuestas que hablan de pasos al frente y dejar de tener como asignatura pendiente (cuando no suspendida) la publicación y la edición de trabajos profesionales.

Con semejante talante llegamos al verano de 2000. Con listas de espera, sustituciones y alivio para los que padecen el desempleo en propia carne. Hasta nuestra próxima cita.



¿Cuál es el futuro rol que se espera de la Enfermería?

Huelva/Redacción:

Los estudios de la OMS sobre tendencias para el tercer milenio señalan que los profesionales de enfermería darán, cada vez más, una mayor cobertura de atención de salud en la sociedad a grupos de personas/pacientes económicamente débiles, socialmente grupos de diferentes culturas, personas con problemas crónicos y terminales. Por lo tanto, ejercerán con mayor autonomía y se espera que actúen como líderes del cuidado de atención primaria, asignándoles un papel prioritario a la unidad de la familia como elemento social básico para promover y mantener la salud. Asimismo, el profesional de enfermería continuará siendo un elemento clave en la complejidad de la atención hospitalaria a pacientes con problemas críticos de salud, en el seguimiento de las altas tempranas y en la articulación con la atención primaria para su total recuperación.

Los estudios prospectivos europeos indican que toda esta acción del enfermero/a tendrá lugar en estructuras cambiantes determinadas por los procesos de transformación de los sistemas sanitarios,



Máximo González Jurado

de las nuevas formas de gestión de los servicios, de la economía de la salud, del ejercicio libre de la profesión y de las necesidades de salud de la población.

Todas estas transformaciones conducirán a los enfermeros/as a buscar formas innovadoras del ejercicio profesional y muy especialmente me-

canismo de formación y desarrollo profesional, así como nuevos instrumentos del ejercicio de esta profesión para facilitar el aumento de la calidad de la atención y para desarrollar mecanismos que reconozcan la excelencia de la educación y del ejercicio profesional, así como para medir la calidad de la atención y la relación costo-eficacia. El decidido apoyo político a estos nuevos desarrollos es crucial para que la enfermería contribuya al éxito de los cambios en nuestro sistema de salud.

En este sentido, dentro de la Unión Europea otros países también afrontarán nuevos retos que requieren nuevas respuestas, especialmente a las cuestiones sobre relevancia, calidad, costo-efectividad y equidad en la atención de salud. Una de las estrategias identificadas para estimular dicha renovación es la reforma de la planificación del personal de la salud para el éxito de cualquier reforma, ya que incluye la definición de nuevos roles de estos profesionales, la estimación del número de empleados necesarios, el nivel de adecuación de la educación, la planificación de las nuevas estructuras en las que se ejercerán y la determinación de las condiciones óptimas de trabajo.

Aunque los enfermeros del mañana deberán continuar estructurando su rol en la salud pública a medida que la sociedad y las necesidades de salud vayan cambiando, existen ciertas competencias universalmente aceptadas y refrendadas por las OMS en sus documentos, que seguirán siendo parte esencial de la práctica profesional de la enfermería y que en síntesis son: 1) Actuar como proveedor de cuidados que considere a la persona, holísticamente como individuo y parte integral de una familia, de una comunidad y de una cultura, proporcionándoles cuidados de alta calidad, integrales, continuos y personalizados dentro de una relación basada en la confianza. 2) Representar el papel de comunicador que es capaz de promover estilos de vida sana por medio de colaboración efectiva, información, educación y apoyo, empleando para ello la motivación y capacitación de los individuos y grupos para proteger y mantener su salud. 3) Tomar las decisiones profesionales apropiadas que identifiquen las necesidades y problemas relacionados con la salud o la enfermedad, eligiendo las correctas intervenciones basadas en la evidencia científica, teniendo en cuenta la ética y el costo-efectividad para lograr un cuidados de alta calidad. 4) Actuar como líder de la comunidad, que habiendo ganado la confianza de la gente con la que trabaja pueda identificar y conciliar las necesidades de salud individuales y colectivas. 5) Trabajar como gestor de la atención que puede hacer uso apropiado de los datos disponibles y trabajar armoniosamente con individuos y organizaciones dentro y fuera del sistema de salud para identificar, movilizar y coordinar los recursos disponibles con el fin de satisfacer las necesidades de salud. Además, hay que señalar que para lograr la contribución potencial máxima del profesional de enfermería deben existir mecanismos que aseguren las puestas al día de conocimientos y habilidades; la acción conjunta de los profesionales

de la salud para promover el trabajo en equipo verdadero: la participación formal de las enfermeras en la gestión de los servicios; el aumento de la actividad investigadora de enfermería en relación con la efectividad de sus intervenciones y los resultados esperados, incluyendo aspectos intredisciplinarios y de trabajo en equipo; y una mayor articulación y nexos de trabajo entre los docentes, los enfermeros que ejercen la práctica, los gestores de enfermería y los investigadores, y sobre todo, entre los enfermeros y los responsables de las políticas educativas, de salud, de investigación y de recursos para la salud.

También quisiera hacer mención a que las tendencias a la globalización y los problemas de salud que se extienden más allá de nuestros propios límites requieren cooperación y acción internacional. En este sentido, los enfermeros españoles han jugado un papel decisivo en las organizaciones europeas tales como el Foro Europeo de Enfermería y la OMS, donde se analiza la política de salud para todos en el siglo XXI, las metas claves, estableciendo grupos de trabajo permanente que tiene como fin desarrollar estrategias europeas para hacer frente a los retos que presenta la atención a la población anciana, la atención a los problemas crónicos de salud, la promoción de estos de vida saludables y el desarrollo de políticas de salud favorables para la población.

En conclusión, la contribución enfermera a la salud pública ha sido muy significativa y reconocida nacional e internacionalmente. En nuestro país es incuestionables el avance de la práctica de la enfermería en la atención a la comunidad, especialmente innovadora durante las últimas décadas de este siglo. Sin embargo, también se reconoce que aún no se ha utilizado todo el potencial que tiene el profesional de enfermería y que en el futuro las políticas de educación, salud, de recursos humanos para la sanidad y de investigación deben reorientarse pa-

ra que se promueva su máxima capacidad de contribuir a la solución de los problemas de salud de la comunidad. En este sentido es necesario que el gobierno y las organizaciones profesionales se comprometan a poner en práctica las estrategias que han aceptado los países europeos en el documento "Salud XXI-salud para todos en el siglo XXI", especialmente las recomendadas por los gobiernos europeos referentes a fortalecer el papel de la enfermera como:

1. Enfermera de familia
2. Como gestora de la calidad de la atención enfocando su acción a promover la práctica profesional basada en la evidencia científica, a valorar las intervenciones y medir los resultados.
3. En el manejo de sistemas para la satisfacción de las personas, la calidad en la atención y el uso de recursos para obtener la mayor relación costo-efectividad.
4. En las política y estrategias para la investigación en salud y enfermería logrando así que las decisiones profesionales se hagan en base a la evidencia científica.
5. En la utilización de las nuevas tecnologías de la información para manejar datos de salud relevantes y accesibles a los profesionales, gestores, políticos y al público en general.
6. Integrar a la enfermera en le desarrollo de políticas y estrategias de salud en los diferentes niveles y sectores de la administración.

Máximo A. González Jurado
*Presidente del Consejo
 General de Enfermería*
 (Extracto de la conferencia
 pronunciada en el 75 aniversario
 de la Escuela Nacional de Salud)

Por qué reclaman los usuarios en la atención especializada de la provincia de Huelva

Autores:

Rocío León López. Ana Barquero González.

Diego José Feria Lorenzo

José Arenas Fernández.

Ana Carmen Macías Rodríguez.

M^a Carmen Carrasco Acosta.

Manuel Márquez Garrido.

Introducción:

En el análisis de la Calidad Asistencial, además de tener en cuenta aspectos tan importantes como la atención personalizada, el registro de las actividades realizadas, la planificación de las mismas, es imprescindible tener en cuenta la satisfacción del usuario como uno de los elementos primordiales de la calidad asistencial.

Este trabajo es el resultado de un estudio de investigación realizada en los Hospitales de Huelva, provincia y C.P.E. en el período comprendido entre enero de 1997 a junio de 1999.

Los objetivos que nos planteamos para realizar dicho estudio fueron:

1. Conocer el número de reclamaciones efectuadas en el mencionado período.

2. Identificar los servicios a los cuales se dirigían las reclamaciones.

3. Valorar el motivos de las reclamaciones efectuadas.

Material y Método:

Para la realización de este trabajo diseñamos un estudio analítico/descriptivo de corte transversal. Nuestra población de estudio ha sido la totali-

dad de las reclamaciones que se han presentado en la Atención Especializada de Huelva y provincia en el período antes reseñado.

La metodología utilizada ha sido de carácter cualitativo a través del análisis de contenido y para la cuantitativa el instrumento diseñado para la recogida de datos fue una parrilla de observación.

La fuente de datos ha sido la hoja resumen de reclamaciones que mensualmente cada centro envía a la Gerencia Provincial del SAS.

Resultados:

Durante el período estudiado las reclamaciones efectuadas en la provincia de Huelva han sido 3289.

1. La distribución por centros ha sido la siguiente:

H. Juan Ramón Jiménez (HJRJ)	976
H. Infanta Elena (HIE)	1689
H Riotinto	91
C.P.E.V.C.*	533

2. El total de reclamaciones por año:

1997	1343
1998	1503
1999	443

con la salvedad de que se han contabilizado sólo 6 meses, y del Hospital Infanta Elena 5 meses.

3. Servicios más afectados:

El servicio más afectado en cuanto a número de reclamaciones son las consultas externas, destacando en este apartado al HIE con 1360.

Le siguen las Urgencias con un total de 409 reclamaciones y es el HJRJ en el mayor nº se han producido con 294.

No se ha realizado ninguna reclamación referida a las Consultas médicas, excepto las 194 que han sido efectuadas en el C.P.E.V.C.

4. Motivo más frecuente de reclamación:

El principal motivo de queja es la lista de espera con un total de 1502 reclamaciones de las cuales 1237 corresponden al H.I.E.

Otros motivos por lo que los usuarios reclaman son la cita previa con 307 y la puntualidad en la asistencia con 343. Siendo en ambos motivos el centro más afectado el H.J.R.J.

(*) Centro Periférico de Especialidades Virgen de la Cinta.

Conclusiones:

Cuando se interpone una reclamación el protocolo seguido es el siguiente: el centro afectado contesta al usuario y a su vez envía una copia de la reclamación a la Delegación de Gobernación. En caso de que el usuario no esté conforma dicha reclamación se tramita a la gerencia Provincial del SAS que a su vez vuelve a interesarse por la misma.

El impreso donde el usuario expone su reclamación es común para todos los establecimientos públicos sanitarios o no sanitarios.

En el SAS esta hoja de reclamación es interpretada por un trabajador social o personal de la Administración (hay centros en los que cada mes es una persona diferente la que realiza este trabajo), al no existir un criterio a seguir en la clasificación de los motivos y/o servicios a los que hay que imputar esta queja, queda a criterio de la persona que la interpreta la adjudicación de la misma.

Hemos constatado las diferencias que existen, a la hora de cursar una reclamación en la Administración Sanitaria y en una entidad pública. Un ejemplo de ello es: En los centros del SAS, además de cursarte la hoja normalizada (Delegación de Gobernación) te dan facilidades para su cumplimiento, mientras que, en algunos centros privados, no sólo no la cursan, sino que intenta disuadirte para que ésta no se lleve a efecto.

Esto puede incidir a la hora de contabilizar las reclamaciones en establecimientos públicos como el SAS que sean más voluminosas que las de los establecimientos privados si que esto sea un reflejo de la realidad.

Pensamos que esta hoja está infrutilizada por varias razones:

A) Es un trámite burocrático que en la mayor parte de las ocasiones no es analizado.

B) El personal afectado (plantas, consultas...) en la mayoría de los casos es ajeno a dicha reclamación. Cuando podría ser un instrumento muy válido para la mejora de la atención a los usuarios.

Si la hoja resumen mensual de las reclamaciones que utiliza el SAS se modificara en alguno de sus apartados y se unificaran criterios de asignación, podríamos obtener un instrumento de trabajo que fuese motivador tanto para los profesionales, los cuales previa comunicación y conocimiento de la misma, verían de alguna manera reflejado su trabajo y su buen hacer, y por otro, para los gestores ya que, les orientaría sobre aspectos tan importantes como es la satisfacción del usuario con los servicios de salud y de los puntos débiles en los que habría que incidir, para la mejora de la calidad en la atención.

BIBLIOGRAFÍA:

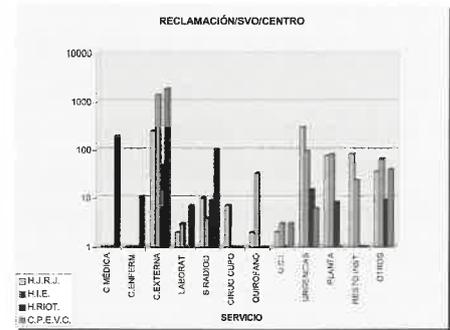
Palmer, P.H.: "Evaluación de la asistencia ambulatoria. Principio y Práctica". Madrid. Ministerio de Educación y consumo". 1989. 17-20.

Saturno, P.J.; J.J. Gascón; P. Parra (Eds.): "Tratado de calidad asistencial en Atención Primaria". Tomo I. Du Pont Pharme. Madrid. 1997.

Mira, J.J. y otros: "¿Qué hace que los pacientes estén satisfechos? Análisis de opinión de pacientes y profesionales mediante la técnica Delphis. Revista. Calidad Asistencial. 1999, nº 14; 165-177.

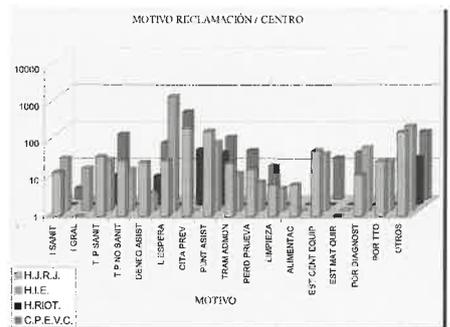
TOTAL DE RECLAMACIONES POR CENTRO		
1º	Hospital Juan R. Jiménez	976
2º	Hospital Infanta Elena	1689
3º	Hospital Rio Tinto	91
4º	C.P.E.V.C	533

TOTAL DE RECLAMACIONES POR AÑO		
1º	1997	1343
2º	1998	1503
3º	1999	443



OBJETIVOS

- 1º Conocer el número de reclamaciones efectuadas en los centros de atención especializada de la provincia de Huelva desde enero 1997 a junio 1999.
- 2º Identificar los servicios a los que se reclama
- 3º Valorar el motivo por el que se reclama



MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo de corte transversal

La totalidad de las reclamaciones presentadas desde enero de 1997 a junio de 1999

Recogida de datos mediante parrilla de observación y análisis de contenido

Fuente de datos hoja-resumen de reclamaciones mensuales

CONCLUSIONES

El SAS da curso a todas las reclamaciones

No existe un criterio unánime a la hora de clasificar los motivos y los servicios a los que hay que imputar la queja

La información obtenida de la hoja se infrutiliza

Existe una gran diferencia entre las entidades públicas y las privadas a la hora de efectuar una reclamación

Pensamos que los datos proporcionados por las reclamaciones, son fuente de información que utilizados adecuadamente podrían ser muy útiles para la mejora de la calidad en la atención.

Salud Pública

Plan Oficial contra la contaminación de Huelva

El presidente del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) César Nombela ha pedido datos y colaboración a las partes sociales implicadas para emprender un estudio sobre el grave problema que suscita las condiciones medioambientales en la Salud pública de los onubenses. El responsable del CSIC, tras reunirse con el Alcalde, representantes del Polo Químico, y asociaciones ciudadanas, abogó por una mutua colaboración para

cumplir el mandato del Congreso de los Diputados sobre las consecuencias de la contaminación que sufre la capital de la provincia.

El alcalde de la ciudad, Pedro Rodríguez, la Asociación de Industrias Químicas y Básicas, la Federación Onubense de Empresarios y el Colectivo Ciudadanos por la Descontaminación de Huelva, recibieron de César Nombela las líneas maestras sobre las que girará el estudio que se presume será de gran envergadura, y que empezará a ejecutarse en breve plazo de tiempo.

El presidente del CSIC dijo que esperaba tanto de la confianza de los sectores afectados como del apoyo de todos para hacer posible lo que han pedido tanto el Congreso como el Parlamento de Andalucía. Nombela subrayaría que cualquier esfuerzo por parte de los científicos "no tendría sentido si no se cuenta con la confianza de las partes afectadas. Confiamos -dijo- en que el trabajo riguroso y científico dé las claves a los problemas para afrontarlos seguidamente".

Por su parte, el Colectivo de Ciudadanos por la Descontaminación de Huelva, que agrupa a más de 7.000 onubenses, solicitó al presidente del CSIS que en el estudio ahora en proyecto participen oncólogos, toxicólogos y epidemiólogos, entre otros técnicos especialistas, para tratar de encontrar salida a un problema, la contaminación que sufre Huelva, que muchos sitúan como "más que preocupante y a veces hasta dramática".

Los ciudadanos de Huelva, conscientes de la trascendencia de un asunto de Salud pública, quieren tener datos fiables, productos del rigor y solvencia del CSIS, para determinar -por ejemplo- si el número de casos de cáncer que se dan en la población se corresponde con la existencia de los índices contaminantes que afectan a los habitantes de la capital provincial.

Lecciones Forzosas

Porque, a fuerza de "incidentes", los onubenses están cada vez más sensibilizados sobre estos asuntos que ya sólo es asunto de los especialistas. El problema suscitado por contaminantes tales como Dióxido de azufre (gas irritante que origina bioconstricción), Dióxido de nitrógeno (tóxico en altas concentraciones), Ozono (oxidante), sulfuro de hidrógeno (tóxico), Cloro (sofocante) o hidrocarburos (causante de nieblas y mal olor) han pasado de ser materia de unos pocos a motivo de preocupación general.

D^a M^e Eugenia Gallego Amo, colegiada nº 1.191 del Colegio de Enfermería de Huelva, ha resultado ganadora del Sorteo celebrado el pasado mes de mayo por Caudal Seguros, con motivo del 10^o Aniversario del Convenio de Colaboración con nuestra Organización Colegial.

El Premio consiste en un viaje de fin de semana para dos personas a una ciudad española a elegir entre: Madrid, Alicante, La Coruña, Sevilla, Valencia y Barcelona. En él además dispondrán de un vehículo smart, con el que podrán visitar cómodamente la ciudad elegida



**TERCER
CONCURSO
FOTOGRAFICO**

«San Juan de Dios»



*Ilustre
Colegio
Oficial de
Enfermería*



**Huelva
2000**

**CALLEJÓN
DE LOS
ENAMORADOS
(ZUFRE)**

Concepción
Lagares García
Accesit - 1.998

INFORMACIÓN:

Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Huelva - c/ Berdigón nº 35. 1º izq.
21003 HUELVA.

Tel. 959 54 09 04 - Fax. 959 25 62 70 - E-mail: Coleg.21@small.ocenf.org.



Las obras se presentarán debidamente protegidas en la sede del Colegio de Enfermería, sita en c/ Berdigón nº 35 1º D.P. 21003 Huelva, indicando en el sobre: PARA EL TERCER CONCURSO FOTOGRAFICO «SAN JUAN DE DIOS», hasta las 18 horas del día 9 de Octubre de 2000

EXPOSICIÓN: Todas las fotografías seleccionadas se expondrán en el Salón de Actos del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Huelva, sita en c/ Berdigón 35 1º, a partir del día de celebración de San Juan de Dios de 2001

FALLO: El fallo del jurado se dará a conocer en los actos de celebración del **Día Internacional de la Enfermería, San Juan de Dios 2001**, entregándose los premios ese mismo día.

JURADO: Estará compuesto por profesionales del mundo de la fotografía y la imagen, siendo presidido por el Presidente del Colegio Oficial de Enfermería de Huelva.

El fallo será inapelable, y los concursantes, por el hecho de participar en el concurso, renuncian a toda clase de acción judicial o extrajudicial sobre la decisión del jurado.

No quedará ningún premio desierto aunque el Ilustre Colegio de Enfermería de Huelva podrá optar a utilizar otra ilustración para el cartel del VIII Certamen de Investigación de Enfermería «Ciudad de Huelva», si su Junta de Gobierno acuerda esta decisión.

PREMIOS:

PRIMER PREMIO: 25.000 Ptas y Trofeo

ACCÉSIT: 10.000 Ptas y Trofeo

PROPIEDAD DE LOS TRABAJOS: Las obras premiadas quedarán en poder del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Huelva, el cual se reserva los derechos de reproducción, sin autorización del autor y sin otra obligación que citar el nombre del autor.

DEVOLUCIÓN: Las fotografías no premiadas podrán ser recogidas en la sede del Colegio de Enfermería en un tiempo máximo de dos meses, desde la clausura de su exposición. Pasado dicho tiempo, los autores no tienen derecho a reclamarlas y podrán ser utilizadas por el Colegio.

NOTA: Cualquier imprevisto será resuelto por el comité organizador.

CONVOCA: ILTE. COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE HUELVA.

PATROCINA: CAJA RURAL DE HUELVA

BASES

OBJETO: Se convoca el presente concurso de fotografías con el objetivo de dotar al Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Huelva de una ilustración para el cartel del **VIII Certamen de Investigación de Enfermería «Ciudad de Huelva»**.

PARTICIPANTES: Todos los Enfermeros colegiados en el Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Huelva y al día de sus obligaciones colegiales.

El hecho de participar en este Concurso implica la aceptación previa de estas bases en su totalidad.

TEMA: «Provincia de Huelva».

OBRAS: Mínimo de 2 y máximo de 6 fotos inéditas por autor.

FORMATO: Las fotografías tienen que ser en papel color. Tamaño 15 x 20 cm.

PRESENTACIÓN: Las fotografías se presentarán montadas en cartulina blanca con un tamaño de 30 x 40 en cuyo reverso ira el título de dicha foto.

Adjunto a las fotografías debe indicarse en sobre cerrado: nombre y apellidos del autor, domicilio, teléfono, número de colegiado; en el exterior del sobre deberá indicarse el título de la fotografías.

El Juez apoya un Recurso contra Los Criterios de Baremación del SAS

El asunto de los baremos establecidos por las bolsas de Trabajo de los profesionales sanitarios suele ser fuente de numerosos conflictos. Eso es lo que ocurrió recientemente (noviembre '99) en la ciudad de Huelva al plantearse ante su Juzgado de lo Contencioso-Administrativo nº 1 recurso contra el Servicio Andaluz de Salud (SAS). El motivo del recurso es el intento de un profesional ATS-DUE de impugnar la baremación seguida por la Bolsa de Contrataciones del SAS que no reconocía y excluía de consideración el haber realizado en Curso de Aptitud Pedagógica en el Instituto de Ciencias de la Educación (ICE) de la Universidad de Huelva.

El criterio seguido por la Mesa de la contratación, en el sentido de estimar que el citado curso carece de interés para el trabajo que desarrollan

los DUE, es rebatido por el Juzgador, quién señala en una sentencia a la que ha tenido acceso esta revista que *"la capacidad pedagógica, tanto para la formación profesional como para el desarrollo diario de su actividad laboral es importante, guarda relación con ella, y es de gran utilidad en su relación profesional con pacientes y compañeros de trabajo, a efectos estrictamente sanitarios"*.

Asimismo, se apoya la sentencia en el precedente del propio SAS con la Resolución de 26 de noviembre de 1.998 que sí apreciaba como mérito *"la realización de tareas docentes como Profesor Universitario"*.

De esta forma, el profesional onubense, amparado por los servicios jurídicos de este Colegio Oficial, ha visto refrendados sus pretensiones ante la Justicia que reconoce y confirma como mérito *"el derecho a que les sea tenido en cuenta el Cap de 180 horas que tiene acreditado"*.

La Justicia da la Razón a una ATS/DE de zona sobre avisos fuera de su Centro de referencia

Recientemente (diciembre de 1.999) la Justicia ha dado la razón a una Profesional de Enfermería que reclamaba ser reconocido su derecho a atender únicamente las visitas domiciliarias correspondientes a su zona.

Efectivamente, una profesional ATS/DE de Zona, adscrita al Consultorio de la Plaza Houston, en Huelva, venía atendiendo avisos domiciliarios de usuarios residentes en núcleos de población cubiertos por otros centros de Atención Primaria.

Ante esta situación, la demandante a través del Departamento del Colegio

que se presentó ante el Juzgado de Lo Social nº 2 de Huelva, en reclamación de que se le reconociera su derecho a atender exclusivamente a aquellos pacientes cuya cobertura sanitaria fuera la de su propio centro de trabajo, y no centros diferentes de aquél. La sentencia, en base a los preceptos de la Ley General de Sanidad (14/1.986), declara el derecho reclamado y da la razón así a la pro-

fesional, fundamentándolo en que la organización territorial de los servicios sanitarios muestra que existe "una subordinación del ATS respecto del cupo y del ámbito de actuación del médico al que está asignado".

En el Fallo, se explica que a la demandada le asiste "el derecho a no realizar desplazamientos correspondientes a otros Equipos Básicos o Cen-

tros de Atención Primaria, los cuales deberán ser atendidos por el personal de dichos equipos o centros".

Lo que, en resumen, supone que el Derecho ampara al profesional que presta atención domiciliaria en lo que respecta al ámbito de actuación, que será aquél que corresponda con su centro de trabajo y no centros de trabajos distinto.

Entre numerosas críticas

El SAS Inicia La Aplicación de La Jornada de 35 Horas



DESDE EL PASADO MES, EL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD TRATA DE IMPLANTAR LA JORNADA SEMANAL DE 35 HORAS para cumplir un acuerdo suscrito entre la Junta de Andalucía y las organizaciones del ámbito sindical.

Hasta el momento, el proceso de adaptación camina con más críticas que elogios aunque la administración insiste en que la aplicación de las 35 horas en el sistema público sanitario andaluz podrá generar un total de 2.271 nuevos puestos de trabajo, según confirmó el titular de la Conseje-

ría en el transcurso de una intervención ante el Parlamento autonómico.

Los datos oficiales hablan de que, desde el 22 de mayo en que se inició esta remodelación horaria, se ha puesto en práctica una primera fase en el turno diurno donde se ven afectados cerca de 41 profesionales del SAS. La propia administración precisa que se crearán 861 puestos de trabajo.

Pero de modo bien distinto se observan las cosas desde una perspectiva de los trabajadores. Organizaciones

sindicales denunciaban el modo en que el SAS está aplicando la jornada de las 35 horas e incluso se anunció una convocatoria de huelga por este mismo motivo, poniéndose en cuestión que se esté creando nuevos puestos de trabajo lo que, de ser una realidad, tendría al colectivo de enfermería a uno de los más beneficiados dado el alto porcentaje de su presencia en el Sistema Sanitario y los elevados índices de paro que soporta, aumentados cada verano con la aparición de nuevas promociones de diplomados.

SEGURO

DE RESPONSABILIDAD CIVIL

TU COLEGIO TE PROTEGE

CON 200 MILLONES DE PESETAS

*¡No te olvides!
tu seguridad, ante todo*



ORGANIZACIÓN
COLEGIAL DE ENFERMERÍA
HUELVA

“El arte de tratar o la ciencia de cuidar”

Por: **Manuela Lacida Baro**

Si existe algún término que englobe, de forma más amplia y concreta, el objetivo principal de la Enfermería si duda es el de Cuidar.

Teniendo en cuenta definiciones de Enfermería:

“La Enfermería es esencialmente la asistencia a los individuos (enfermos o sanos) por medio de aquellas actividades que contribuyen a la Salud o su recuperación (o a una muerte tranquila), que ellos realizan sin ayuda cuando tiene la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios; la Enfermería también ayuda a que los individuos cumplan el tratamiento prescrito y se independicen de esta asistencia lo más pronto posible”⁽¹⁾.

“La disciplina conocida como Enfermería es el resultado de la evolución, dentro de la sociedad, de una actividad innata y esencial en el ser humano: la actividad de cuidar”⁽²⁾.

Lo que dota de identidad específica a la Enfermería elevándola a disciplina, es precisamente su objeto-problema (aquello que le corresponde investigar); Siendo el mencionado objeto-problema de la Enfermería los cuidados vinculados al intervalo salud-enfermedad, proceso íntimamente relacionado con el proceso de satisfacción de necesidades. Utilizando el análisis de S. Kéronac, el centro de interés de la Enfermería sería:

“El Cuidado de la persona, el entorno y la experiencias de Salud”.

Podemos ser conscientes que nuestra principal razón de ser son los Cuidados. Y que los EXPERTOS en cuidados somos los enfermeros-as. Cuidados que han venido a lo largo de la Historia determinados por el método de la intuición basados principalmente en la “lógica” de la experiencia, tradición... y en otras ocasiones por los conocimientos adquiridos por el método científico; Método este cada vez más en alza, amén de lo cual la Enfermería se va consolidando en Ciencia.

Todos sabemos que Enfermería nos dedicamos a Cuidar, pero esta acción va ligada a la misma esencia del individuo, nos cuidamos desde el inicio de los tiempos, siendo desarrollados estos cuidados por distintos miembros de sociedad tanto profesionales como no profesionales.

¿Puede esta afirmación desdeñar en parte lo primero expuesto?

No es así, los profesionales de la Enfermería no cuidamos de forma innata, el cuidado que desarrollamos va encaminado a mejorar, conservar y promover la Salud del individuo y la sociedad y por tanto no podremos hacerlos sin un soporte científico.

Definir Internet en el año 2000 parece tarea fácil, podríamos definirlo como “Autopista de información”, por la que circulamos todos y por supuesto los enfermeros/as.

Hoy por hoy la Red es el gran punto de encuentro de la universalidad; Enfermería no queda fuera de ésta.

En la actualidad Internet, se ha consolidado como nuestro gran foro de encuentro y conocimientos existiendo puntos de conexión donde intercambiar experiencias, inquietudes, ideas. Pero Internet es más; es herramienta de trabajo básica y no la describo de esta forma para minimizar su importancia sino por su vital soporte para nuestro cuerpo de conocimientos.

Aclarado está que somos los expertos en cuidados, y que todo lo que es fundamental en nuestra ciencia debe estar en Internet. ¿Cómo explicarnos cuando al realizar una búsqueda con los descriptores Cuidadores de Enfermería encontremos cero registros?

¿Cómo podemos entender que si dicha búsqueda se realiza con el solo descriptor Cuidados aparecen no muchos más registros? (Unos veinte aproximadamente).

Estos registros en su mayoría pertenecen a casas comerciales y a U.C.I. y V.C.I. Pediátricas donde los registros pertenecen a distintas disciplinas.

Quizás cuando investigamos, publicamos... no lo hacemos desde el punto de vista de los cuidados. Estamos olvidando que nuestra función principal en la sociedad es Cuidar a la persona y su entorno.

Enfermería ha sido históricamente más dinámica que otras profesiones y llegado a este punto me cabe la pregunta ¿si no nos ocupamos Enfermería de nuestros cuidados lo realizarán otras disciplinas?

Es obvio que si nosotros no lo hacemos otros lo harán.

La población es cada vez más longeva, con más demandas en cuidados de salud y cobertura de necesidades; Enfermería es la disciplina que dispone de la metodología de trabajo basada en las necesidades de dicha sociedad. (véase modelos de Virginia Henderson).

Corremos el riesgo de poner en peligro el presente y futuro de nuestra disciplina, ignorar nuestra razón de ser y fundamentos en nuestras actuaciones en las distintas intervenciones de la Enfermería asistencial, docente, investigadora y gestora:

“Los Cuidados”

No quería perder la oportunidad para resaltar la importancia de la incorporación y desarrollo en nuestra práctica diaria los Diagnósticos de Enfermería como instrumento de aplicación diaria en situaciones que la enfermera-o puede y debe tratar legalmente y con independencia.

BIBLIOGRAFÍA

- Siles, J. “Historia de la Enfermería”. Editorial Aguaclara. 1999. Alicante.
- Hernández Conesa, J. y Esteban Albert. “Fundamentos de la Enfermería, teoría y método”. M. Editorial McGraw-Hill Hill Interamericana. 1999. Madrid.
- Joane C McCloskey, Gloria M. Bulechek y otros. “Clasificación de Intervenciones de Enfermería”. (CIE). Editorial Síntesis. 1999. Madrid.
- L.J. Carpenito. “Diagnósticos de Enfermería”. Editorial McGraw-Hill interamericana. Quinta edición. 1995.; Madrid.
- Fornell Coello, M.A. “Internet el gran foro de la Enfermería”. Comunicación libre presentada en el IV Congreso Enfermería Hematológica. Vigo. Octubre. 1999.

⁽¹⁾ Henderson, V. y Nite, G. (1960) Principes and practics of nursing (5thed) New York: Macmillan.

⁽²⁾ Hall DC (1980) “The nature of nursing and the education of the nurse”. Journal of advance nursing. 5:149-155.

Vallejo, Consejero de Salud, quiere controlar el SAS

Desde el pasado mayo, la Consejería de Salud de la Junta tiene a un nuevo responsable al frente: Francisco Vallejo. Abogado jiennense, hasta el momento de ocuparse de la sanidad andaluz era Consejero de Obras Públicas. Nada más tomar posesión de su cargo, Francisco Vallejo le estalló el primer problema en forma de denuncia de varias muertes de pacientes que aguardaban lista de espera para ser operados en hospitales de la Red pública del SAS. Vallejo, optó por tomarse un período de tiempo "aterizar" e un mundo en principio tan ajeno para él como la



Consejero de Salud

Salud, y acto seguido, anunció la adopción de importantes medidas en torno a dos grandes ejes. De un lado, ha dejado claro su decidida apuesta por tener "controlado"

el SAS. Para lo cual ha creado un órgano de dirección que "acerque más" la Consejería que él preside y el SAS en manos de Carmen Martínez Aguayo. El nuevo organigrama responde al Área de Calidad y Eficacia para el que ha sido nombrado como director Ángel García hasta entonces Director-Gerente de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias 061. De otro lado, renovó su apuesta por el Sistema Público de Salud al tiempo en que anunciaba que en los próximos años tanto los centros sanitarios como los profesionales "tendrán que adaptarse a las nuevas tecnologías para ser más eficaces en el uso de los recursos".

Andrés Estrada. Comisionado para las Drogas de la Junta

Uno de los primeros nombramientos en la Consejería de Asuntos Sociales recayó en Andrés Estrada como nuevo Comisionado para las Drogas de la Junta de Andalucía como se sabe, Estrada ha ejercido durante los últimos años como Delegado provincial de Salud en Huelva, provincia de la que es natural. Licenciado en Medicina por la Facultad de Cádiz, desarrolló su trabajo como médico en la Atención primaria antes



Andrés Estrada

de iniciarse dentro del PSOE, una trayectoria como directivo de políticas sanitarias que le llevan hasta la representación de la Consejería en nuestra provincia.

Andrés Estrada ha sido una personalidad muy cercana al Colegio de Enfermería de Huelva y, por lo mismo, esta Revista como portavoz del mismo quiere expresar los sinceros deseos de éxito en su gestión al frente de la importante tarea que acaba de asumir como es el Comisionado para las drogas de la Junta, en sustitución de José Manuel Fernández.

INVESTIGACIÓN CUALITATIVA SOBRE “VÉRTIGO” DE ALFRED HITCHCOK DESDE UNA PERSPECTIVA HUMANÍSTICO-ENFERMERA

Por: Pedro M. Salas Iglesias (DUE)

El humanismo en la aplicación de los cuidados enfermeros tiene como foco principal de atención al hombre tanto en su vertiente de la razón como en la de su parte espiritual; arranca de un movimiento intelectual que abarca el estudio de la búsqueda de la verdad ante las preguntas de la vida. Tratará tanto las afecciones psicológicas contemplando sus planteamientos de formación de la memoria, los procesos que rigen la personalidad y su exigencia de relación con su medio y disciplinas autónomas que lo han llevado a la integración de las formas de vida sociales en el seno de la democracia y la solidaridad, evolucionando hacia un hombre donde muestra atracción por el medio ambiente y en el que se puedan reducir las diferencias individuales, prestando atención en los procesos que requieran su atención tanto a nivel de promoción, prevención y rehabilitación de la salud, en los casos de precaria necesidad y siempre que el individuo como consecuencia de su cultura lo demande. Auxiliar al hombre cubriendo sus necesidades vitales le permitirá acceder al nivel superior donde la mente representa una búsqueda constante del sentido del bienestar psicosocial, una complejización en su capacidad de abstracción simbólica y una relación con el contexto que le rodea desde un punto de vista más liberal donde pueda satisfacer su priorización de la escala de valores, consiguiéndose una humanización en su sentido estricto de la capacidad humana de raciocinio en inmerso en el mundo que lo rodea.

En este sentido intentaremos demostrar que Enfermería está cualificada

para analizar y plantear un marco teórico metodológico a nivel superior de manera eficaz. Será *Vértigo* de Alfred Hitchcock la película escogida como soporte de investigación cualitativa.

Hitchcock empleará en algunas de sus películas personajes femeninos que responde a un tipo de mujer concreto: Grace Kelly en *La ventana indiscreta*, Tippi Hendren en *Los pájaros*, la rubia asesinada en la ducha por Norman Bates en *Psicosis*. Son abordados con una fijación psicológica como **objeto de deseo**, de sexualización del cuerpo femenino. En *Vértigo* serán los ojos del propio Hitchcock los que realmente se comportan como *voyeur*, al mirar, seguir y transformar a Judy nuevamente en Madeleine, produciéndose al mismo tiempo una atracción del “*voyeurismo*” del público despertado por el impulso escópico de la actividad de la cámara.

Formulación de la tesis

Tomaremos como punto de referencia las distintas acepciones del *voyeur* masculino, centrándonos en una: la mujer vista como “objeto de deseo”. Se pretende demostrar que el protagonista de la película (Scottie) logra la curación de la afección que le aqueja (vértigo a las alturas) precisamente a través del empleo de este tipo concreto de *voyeurismo*; y todo tratado desde la óptica de las Humanidades y Enfermería.

Argumento

Vértigo nos narra la historia de John Ferguson, conocido por sus amigos como Scottie, inspector de policía.



Presenta una patología de Acrofo-bia: “miedo morboso al ascender a los lugares elevados” (Dorsch 5), por lo que dejará su trabajo. Un antiguo amigo Gabin Elster, que se dedica a los astilleros le propone investigar a alguien: su propia mujer, de quién sospecha que está poseída por “un muerto que toma parte de un ser viviente” (su bisabuela: Carlota Valdés, también aquejada de locura y que acabó suicidándose). Scottie no cree esa teoría pero tras verla decide comenzar la investigación, (se comporta igual que el enfermo investigador cualitativo). La sigue por las calles de San Francisco, donde se desarrolla la acción. Tras comenzar una historia de amor con ella, desembocará en un intento de suicidio, arrojándose a la bahía de San Francisco. No tuvo éxito pues fue rescatada por Scottie. Pero tras este primer intento no fructífero el segundo será mortífero: se precipitó al vacío desde la torre de una vieja misión española situada a las afueras de la ciudad. Este lugar ya lo había visto en sueños (entra en juego el mundo onírico) y donde viajaba ahora con su vigilan-

te y protector (Scottie) para intentar curarse de su obsesión por el suicidio. El miedo a las alturas de Scottie le impedirá salvarla. La muerte de Madeleine producirá un **shock psíquico** en él. Migde su antigua novia lo visita en su internamiento. Tras recuperarse durante un año, descubrirá por las calles de San Francisco a Judy Barton, una mujer morena que le recuerda a la difunta Madeleine. Tras conseguir convencerla para que salieran juntos, iniciará un proceso de transformación que le llevará a convertirla en la auténtica Madeleine. Cuando lo consigue Scottie, acabará descubriendo por el collar de rubíes, que quién falleció fue la verdadera Madeleine, la mujer de Gabin. Ambos utilizaron a Scottie como testigo del crimen por su especial circunstancia, la acrofobia, haciéndole creer que fue un suicidio en vez de un asesinato con estrangulamiento y posterior arrojamiento del cuerpo ya sin vida de la torra. Comprendió que tanto Judy como Madeleine eran la misma persona. La película termina con un trágico final, donde revivimos la misma situación. Judy acaba suicidándose al resbalar por la cornisa, tras la impresión que le produce ver a una monja que aparecía de entre las sombras. Scottie pierde de nuevo suspendida en el aire a la mujer que amaba. Esto le deja perplejo pues no puede hacer nada para remediarlo.

Definiciones y relación con los personajes (Voyeur y Escopofilia)

La palabra *voyeur*, la definimos como "la persona que encuentra placer mediante la mirada, que constituye para ellos la única actividad sexual" (Azaola 844). Scottie no se podría encuadrar dentro del significado del término. La respuesta nos acerca al comportamiento que adopta con Judy y Madeleine, ya que no va más allá del beso. Esta manifestación esconde un trasfondo con una gran carga sexual: Scottie incluso aún muerta Madeleine la continúa deseando. Su encuentro con Judy le crea una necesidad vital

de convertirla en una nueva Madeleine, no para deseársela sino para "poseerla", lo que en propias palabras de Hitchcock en sus conversaciones con Truffaut dice: «*lo que quiere es hacer el amor con una muerta*» (Trías 31). Detectamos un cierto carácter necrófilo y representa una mirada abismal hacia abajo al igual que sucede con el vértigo. Pero además se introduce un término nuevo "escopofilia", donde *escopo* es una palabra de origen latino que significa "objeto o blanco a que uno mira y atiende" (Diccionario Lengua Española 620). Reconocemos que Scottie padece *escopofilia*, al mirar a Madeleine primero y a Judy después, como un objeto, blanco de su mirada.

Hacia el proceso de Curación: Impacto final y desaparición del vértigo.-

La mujer se refleja como espectáculo: cuerpo para ser mirado, lugar de la sexualidad y objeto del máximo placer visual. Es un elemento que contribuirá a la curación de Scottie, pues captará su mirada de *voyeur* como *objeto de deseo*. Cuando miramos a algo o alguien que nos gusta nos produce placer; si este hecho lo asociamos al hombre, el objeto de su mirada va a ser la mujer. El proceso de curación se ha iniciado pero pronto se interrumpirá de manera brusca con la muerte de Madeleine. Scottie está perdido, enfermo, padece una **melancolía por trastorno de inferioridad**. La aparición de esta enfermedad en concreto no es circunstancial, pudiéndose aclarar desde una visión psicoanalítica. La melancolía y en ocasiones el sentimiento de inferioridad aparece de una forma más frecuente en las mujeres; él en este momento no se está comportando como un hombre, necesita de apoyo externo, de actividades de promoción socio-sanitarias (musicoterapia, visitas de una amiga...). No se puede curar, está hundido, no tiene rumbo, le falta la motivación para continuar viviendo, necesita la

aplicación de un adecuado Plan de Cuidados con preponderancia de los aspectos mentales.

La mujer como ser "objeto de deseo" para ser mirado por el *voyeur* y provocar su atracción para lograr al final su curación, debe ser una mujer que no puede transformar los códigos; sólo puede transgredirlos, provocar, crear problemas, pervertir, convertir la representación exterior de sí misma en una trampa. La mujer debe: — o consentir — o ser seducida para dar su consentimiento a la feminidad. La protagonista cumple con el prototipo de mujer objeto es la "inscripción simbólica del deseo", más deseable aún cuando está inconsciente, incluso cuando está muerta mostrando un cuerpo sin voz, sin animación, sin mirada, sin voluntad. Sin embargo, la imagen de la mujer descansa en una oposición, cercana a los estereotipos populares del tipo bueno contra los malos, o chica decente *versus* mujer mala. Traduciendo esto a *Vértigo* Madeleine es el prototipo de esa mujer, es la esposa de un hombre de negocios que consiguió su fortuna casándose con ella, es la mujer que todo hombre busca y desea, y otros como Scottie se comportan como un *voyeur*, siguiéndola con la mirada y deseándola. Esto le permitirá curarse. Existen elementos en la película que forman parte de la **mujer** a la hora de convertirla en **objeto de deseo** (Tabla 1.):

- color rubio del pelo y recogido en forma de moño (esto produce mucho morbo, al estar recogido deja desnudo el cuello, que se convierte en objeto de deseo),
- tacones altos (fetichismo),
- ropa ajustada,
- imagen de mujer fría,
- ojos muy abiertos y mirada fija sin apartar los ojos de los ojos de Scottie.

En la película los elementos presentados como manifestaciones de deseo exponen a una "feminización" del cuerpo de la mujer. Intenta des-

nudarla con la mirada. En este sentido el mismo Hitchcock justificará que "a pesar de todos los esfuerzos por recrear a la mujer, son representados como si intentara desnudarla en vez de vestirla". Scottie no se mostrará totalmente satisfecho hasta verla totalmente desnuda. El ejemplo lo encontramos cuando la transformación se completa: sale del baño con el pelo rubio recogido. La escena se muestra emergiendo de la niebla, desde una imagen borrosa a otra clara y nítida conforme se va aproximando a Scottie que se levanta del sillón y abraza a Judy y sólo entonces él la besa apasionadamente. La desnudez total es representada por el pelo recogido en forma de moño. En este momento la mirada de Judy tiene una total capacidad para arrastrar la mirada del hombre al "continente oscuro", al enigma de la feminidad. Y "¿qué es feminidad para Freud?". Es una cuestión de deseo: está provocada por el deseo de los hombres por la mujer, y por el deseo de los hombres por conocer. La interrogación que se hace Freud se dirige a los hombres, su respuesta es por tanto para los hombres. (Lauretis 177).

Actuará con Judy de una forma que nos recuerda a la **mitología clásica**: invistiendo el papel de Gáin Elster en su condición de **Pigmalión**, logrando que Judy se transfigure en Madeleine. Conseguirá recrear el papel de **Orfeo** capaz de rescatar a su amada muerta del infierno, dándole vida por segunda vez ("y volviéndola a perder por querer mirar hacia atrás, hacia el pasado; por querer abrir de nuevo "las puertas del pasado"). (Trías 173).

Asistimos al final de la película con una secuencia calcada de la de Madeleine, donde se muestra el cuerpo sin vida de Judy al borde del tejado y con Scottie mirando hacia abajo con las manos entreabiertas y abrazando el vacío. Tanto Judy/Madeleine aunque salvan a Scottie de su afección, se precipitan en el abismo. Si el vértigo de Scottie se convierte

en la auténtica narración y culminando ambos, venciendo como último recurso su acrofobia, su vértigo. Scottie mira siempre hacia un abajo absoluto y abismal que constituye el agujero negro atractivo, fascinante y letal, que provoca la experiencia de su vértigo. El vértigo es el frágil soporte subjetivo y afectivo de la representación en la cual enlaza su deseo. La mirada hacia abajo constituye la imagen simbólica de lo que para él representa la mujer, su objeto. La subida a la torre supone la culminación de su terapia curativa. Vence su acrofobia guiado por un impulso interno que lo hace subir para conseguir la salvación de su amada. Será en este momento cuando se cure, contemplando desde arriba el cuerpo sin vida de su mujer, no siente vértigo. Ella ha sido la responsable de su curación al recibir un fuerte impacto. Sin embargo a pesar de estar curado no experimenta una sensación de bienestar, no genera felicidad, gran salud, sino provoca infinita agonía.

Conclusiones

Como conclusión podemos afirmar que Scottie actúa como un *voyeur*, en su comportamiento hacia mujeres como Madeleine/Judy. Además hay que contemplar que la visión que tiene Scottie de la mujer no está muy alejada de la que se tiene en la actualidad. Muchas mujeres no son como Madeleine: guapas, misteriosas, elegantes, perfectas señoras a la vista de los hombres, pero si no se cumple con estas características se la lleva dentro y transforma en ella. Tal es el caso de Judy, dejando de ser la mujer que realmente es. También puede escoger el camino de Midge, independiente, comportándose "tal cual es", pero con esta segunda opción se puede correr el peligro de quedarse sin el hombre que mira, busca y sigue a Madeleine. Scottie pierde a esa mujer dos veces, pero si hubiera sobrevivido, la volvería a buscar y a transformar hasta conseguir lo que pretendía porque indirectamente han conseguido lograr su

curación. Tal proceso se hace posible al final, tras recibir un fuerte y trágico impacto: mira hacia abajo y no encuentra el mundo girando a su alrededor (provocado por su vértigo a las alturas) sino algo terrible: la muerte de la mujer a la que ha tenido como *objeto de su deseo* e impulso de su vida.

Tras este análisis hemos comprobado que desde el campo de la Enfermería podemos también abordar cualquier disciplina que nos proponemos a la altura de otros profesionales titulados superiores ofreciendo garantía de calidad en todos aquellos proyectos actuales y futuros que puedan ser objeto de estudio y que puedan suponer un mayor desarrollo y beneficio para el avance de nuestra profesión.

Bibliografía

- Azola, J.R., García, L. y otros; *Gran Diccionario de Psicología*; Ediciones Del Prado; Madrid; 1996.
- Dorland; *Diccionario Enciclopédico Ilustrado de la Medicina*; Vol. 6; Interamericana; México; 1988.
- Dorsch, F.; *Diccionario de Psicología*; Herber; 1994.
- Lauretis, T.; *Alicia ya no. Feminismo, Semiótica, Cine*; Cátedra; Madrid; 1992.
- Lauretis, T.; *Feminist Studies/Critical Studies*; Macmillan. Wiltshire; 1994.
- Real Academia Española de la Lengua; *Diccionario de Lengua Española*; Madrid; 1992.
- Robbe-Grillet, A.; *El Mirón*; Cátedra; Madrid; 1987.
- Trías, E.; *Vértigo y Pasión*; Taurus; Madrid; 1998.

ANTROPOENFERMERÍA: LA GESTIÓN DEL AUTOCUIDADO

Por Manuel J. Salas Iglesias*

Introducción

Las dificultades a las que se enfrentan los procesos asistenciales en esta era contemporánea de la modernidad escapan toda previsión científica. El fracaso de los procesos terapéuticos en el modelo médico hegemónico se evidencian ante la demanda de otras prácticas alternativas por parte de la sociedad. Una situación como esta es difícilmente asumible por parte de las políticas gubernamentales si tenemos en cuenta la primacía que hacen de la tecnología y el sometimiento a esta de la asistencia, o quizá encontremos en ello el principal motivo de causación. Las respuestas a la actual situación pasa por una revisión desde la Antropología Social y Cultural de los conceptos, metodologías y procedimientos empleados.

La gestión del autocuidado

Por gestión podemos entender el hecho de hacerse cargo de algo, de administrarlo. Asumir tal responsabilidad incluye un conjunto de comportamientos, actuaciones y diligencias que llevan a la consecución de unos objetivos.

La definición de autocuidado, como veremos más adelante, puede resultar compleja, pero *a priori* podemos tomar como referencia la propuesta que nos hace Josep María Comelles, para quien constituye "*Las partes del proceso asistencial de cualquier enfermedad que no implican la presencia o la hegemonía del médico*" (1). Incluye ciertos procesos de autodiagnóstico, de clasificación social de los cuadros de enfermedad y ciertas prácticas terapéuticas no dirigidas por curadores diferenciados.

Con todo ello, podemos argüir cómo los objetivos pueden responder a diversos intereses y, por consiguiente, repercutir notablemente sobre las estructuras del autocuidado ante las que se pretende intervenir. Conviene, por tanto, tomar en consideración una noción más, la de hegemonía, directamente vinculada a las relaciones de poder. Al respecto, sentaríamos las bases para deducir la medicalización del autocuidado y de la sociedad en general.

En busca de la consistencia teórica: El autocuidado en el contexto de enfermar

Uno de los principales motivos por los

que las diversas aportaciones en materia de Antropología aplicada a la Salud carece de consistencia teórica es considerar como punto de partida la dicotomía entre lo moderno y lo tradicional en el estudio de la sociedad, lo que nos llevaría a confrontar la "medicina científica" con la "medicina popular".

Diversos conceptos, como el ilustrado de progreso, el de racionalidad de Max Weber y el de desarrollo ilimitado de las fuerzas productivas, de corte marxista auguraban, entre otras cosas, una sociedad cada vez más científica y secular. Este planteamiento, extrapolado a la heterogeneidad latente en la actualidad pierde toda reafirmación. Hoy vemos cómo la sociedad demanda prácticas y expertos que, sin duda alguna, son catalogados desde ciertos ámbitos, como irracionales o acientíficos. Véase por ejemplo los diferentes usos del curanderismo en el Hombre y la Naturaleza, etc....

Ciertamente, el fomento del autocuidado constituye una pieza fundamental en la Educación para la Salud (EpS) dentro de los nuevos programas de Promoción. Esta pretensión se encuentra imbuida de un concepto holístico del ser humano, donde las características socioculturales cobran cada vez mayor importancia en la atribución de causas de salud y enfermedad. Sin embargo, el componente sociocultural sobre el que se han construido las estructuras cognoscitivas durante más de doscientos años, en el mundo Occidental, hace que estas pretensiones queden muchas veces en una manifestación intencional.

José Luis García García (2) nos recuerda como la EpS no debe atender exclusivamente las precauciones y medidas que la biomedicina aconseja, sino abordar todo el proceso humano que incluye la enfermedad, es decir, un proceso que abarca tres dimensiones: lo patológico, lo significativo y lo simbólico.

Esta perspectiva hace reconsiderar las tradicionales definiciones que la medicina académica hace de la enfermedad, centradas básicamente en la etiología. Es decir, además de la patología hay otras dimensiones como la experiencia y la vivencia de la enfermedad así como la interferencia entre la propia patología y su percepción en un contexto cultural determinado.

Diremos pues que la cultura define y tipifica las enfermedades, las dota de significación social y crea su contexto terapéutico.

si tenemos en cuenta que en la Europa del Antiguo Régimen, la asistencia se desarrollaba por medio de tres instancias; la que se ejercía en casa, en el medio familiar, la que requería de ciertos especialistas y las instituciones especializadas en este campo como hospicios, etc... (3) las bases para la legitimación de un autocuidado en manos de la sociedad, están servidas. Es decir, el papel jugado por el entorno familiar recobra pleno sentido.

La compatibilidad de una parte del discurso médico-sanitario sobre las otras alternativas, con las pretensiones económicas y políticas con las que se pretendía construir la Europa del desarrollo del Capitalismo, hizo que, como consecuencia de una respuesta ilustrada frente al modelo higienista del siglo XVIII, un solo sector profesional se hiciera con el monopolio de la gestión del ámbito salud-enfermedad. Esta pugna era inevitable cuando lo que se pretendía era acabar con el régimen que lo antecedía.

En último lugar, cabría añadir que no se pueda entender la enfermedad sin la salud, no como extremos contrapuestos, sino como procesos a los cuales se puede llegar o encontrarse en un momento dado (4). En tanto estados procesuales, el alcanzar una situación determinada no implica su mantenimiento. No obstante, una consideración importante, sobre todo por sus implicaciones sociales, viene de la mano del pronóstico, sobre el que haremos una reflexión con mayor detenimiento.

La delimitación del pronóstico

En el proceso de salud-enfermedad adquieren relevancia los límites que vienen definidos por la "anunciación" del pronóstico. Las aproximaciones más cercanas a la muerte atribuyen las labores a los humanos, definiendo procesos de cuidados, impregnados de connotaciones caritativas, en tanto que las aproximaciones encaminadas al restablecimiento del equilibrio definen procesos curativos y, estas, son labores de dioses.

Las primeras prácticas deben ayudar a la

naturaleza ha hacer su camino, mientras que las segundas se empapan de intervencionismo divino.

La oralidad y la escritura: la legitimación de las formas

No es un misterio para nadie que existen distintas formas de lenguaje. Por ejemplo, existen culturas donde el lenguaje empleado por las mujeres es diferente al que usan los hombres, el del endogrupo distinto al que se usa respecto a los de fuera y el profano dista del de los dioses. Por otra parte, el nivel de abstracción que revela la escritura difiere notablemente de la concreción que pretende la oralidad, fundamentada en la cotidianeidad. Digamos, pues, que existen dos formas desde las cuales interpretar la realidad. La escritura, además, es capaz de adscribir ciertos roles, recordemos que no todo el mundo ha tenido y/o tiene acceso a ella. Desde la Edad Media, se ha ido forjando una forma de pensamiento basada en una cierta certeza que caracterizaba a la mente alfabetizada. Esta labor ha recaído tradicionalmente en los expertos del SACRALISMO.

Las diversas circunstancias e intereses que han ido aconteciendo a lo largo de los tiempos, han hecho que desde las grandes esferas de poder se fuera privilegiando la escritura como modo de erudición, ligado a la clasificación social que implica su aprendizaje y a la mediación respecto a Dios. Así, probablemente, la tradición judeocristiana de la que somos herederos, haya privilegiado el alfabetismo de tal manera que quien conozca sus formas gráficas está más cerca de Dios que el resto de los mortales. Ciertamente, fueron los intereses puestos en juego con la respuesta ilustrada, los que hicieron que prevaleciera la escritura como forma oficial de manifestarse frente a la ya mencionada irracionalidad que supondría la forma oral de hacerlo. Es aquí, donde la orden médica de dispensar medicamentos adquiere mayor relevancia. La prescripción y el juego subyacente al recetismo, relegaría a un segundo plano a las indicaciones orales, catalogadas de acientíficas. La prevalencia de esta forma oficial de indicar los procedimientos frente al destierro que se pretendía para las prácticas no oficiales hizo que los medicamentos desbancaran a los remedios caseros de las prácticas de autocuidados, legitimando el modelo médico hegemónico.

Sin duda alguna, nos ocupamos aquí de uno de los aspectos más importantes de la enfermedad; su dimensión etiológico-sintomática que, a fin de cuentas, resume el procedo patológico desde la perspectiva clásica. No obstante, debemos recordar que las dimensiones del estado procesual que hemos quedado en denominar salud-enfermedad son también las referentes a signo y símbolo, las cuales han quedado desbancadas del actual modelo de gestión.

La importancia que va adquiriendo el medicamento hace que los intereses puestos en cuestión vayan más allá de alcanzar un estado equilibrado, y que se centren en la lógica del mercado. Tal circunstancia, le atribuye al Estado decidir sobre la "cosa pública" para controlar posibles incursiones de intereses, como el farmacéutico, que no necesariamente lleven a la mejoría sino al enriquecimiento de las partes no afectadas. No obstante, esta sería agua para otro molino, metodológicamente hablando.

Si diremos, por tanto, que los remedios y prácticas de autocuidado quedan desbancadas en un segundo nivel. Con ello, cabría señalar cómo el modelo médico enfatiza las dimensiones biológicas de la enfermedad frente a las socioculturales, que pretende excluir. Al respecto, es el hospital la referencia más clara de lo expuesto, es decir, donde al hombre se le reifica (reificación en el sentido de alienación, esto es los hombres se sienten alienados del mundo social al sentir que su calidad de "cosiforme" lo sustrae a su control), se le aísla de su entorno social y cultural, siendo la barrera entre la atención institucional y el autocuidado cada vez mayor. Sin embargo, hemos de ser conscientes de que existe trastornos que responden a necesidades esencialmente socioculturales, como las drogodependencias, el alcoholismo, etc...

¿A quién escapa que en una consulta de crónicos p.ej. y tras nuestras pretensiones científicas de Educar para la Salud existe un conjunto de demandas que trasciende el puro control de parámetros científico-técnicos, para descansar en lo socio-cultural?

Indiscutiblemente, la necesidad de una reforma en la manera de pensar y en el pensamiento en general, es evidente ante las exigencias que la sociedad expone a las puertas de un nuevo siglo(5). El modelo occidentalista ha basado su hegemonía en el rechazo de la universalidad y de la lógica estructural del autocuidado.

Tras la búsqueda del hombre

El hecho de basar la atención sanitaria en la patología hace que las pretensiones monopolistas de gestionar el ámbito de la salud-enfermedad se difumine ante la aparición de nuevos gestores, encargados del resto de dimensiones de dicho ámbito. En contra de lo que se pensaba respecto a una época de creciente secularización con soluciones tecnológicas, estas dimensiones exigen ser asumidas cada vez más por la humanidad, donde lo sobrenatural tiene perfecta cabida. La "propaganda" de una solución médica para todo, esto que muchos afirman y reconocen como medicalización de la sociedad no basta con afirmarlo o identificarlo, sino devolver a la sociedad aquellos principios que en algún momento le hicieron afrontar la vida de la misma manera que la muerte y que aún hoy muchas culturas guardan celosamente ante las presiones imperialistas. El mundo Occidental ha comenzado a mirarlas tímidamente.

La propuesta final consiste en desmedicalizar la sociedad. En este aspecto, el papel que juega la Enfermería como difusora de autocuidados y en la deconstrucción de sus estructuras por medio de la EpS es primordial y debe ser privilegiado por la consciencia profesional y académica, quien debe ser consciente de los beneficios, pero también de las grandes limitaciones que ha traído la hegemonía en el pensamiento de los modelos cartesiano y newtoniano.

(*) Manuel Jesús Salas Iglesias; es Licenciado en Antropología Social y Cultural y Diplomado en Enfermería.

Notas

- (1) Comelles, J.M. y otros. L'Hospital de Valls. "Assaig sobre l'estructura; les transformacions de les institucions d'assistència". Valls; Institut d'Estudis Vallencs, 1991.
- (2) García García, J.L. "Enfermedad y Cultura". JANO 13-14. Enero 1985, Nº 643-H.
- (3) Comelles, J.M. "La utopía de la atención integral en salud. Autoatención, práctica médica y asistencia primaria". Revisión en Salud Pública 1993;3.
- (4) León Rubio, J.M. y otro. "Psicología de la salud: asesoramiento al personal sanitario". Secretariado de Recursos Audiovisuales y Nuevas Tecnologías- Sevilla. 1998.
- (5) I Encuentro de Educación y Cultura Holísticas. Universidad de Huelva. Huelva; Diciembre 1999.

Seguro de Automóviles exclusivo

para Profesionales de Enfermería

Tú, a quien exigen que seas el mejor profesional, ¿qué esperas de tu seguro?



para que estés en buenas manos

Capacidad

CAUDAL es el único **especialista** del mercado en el seguro de automóviles para colectivos, lo que permite una mayor **efectividad** a la hora de resolver las situaciones de emergencia.

Experiencia

Dedicación

Seguridad

CAUDAL cuenta con el respaldo de pertenecer al **Grupo Zurich**, líder asegurador mundial, con más de **125 años de experiencia** en el sector asegurador y de **indiscutible solvencia**.

Agilidad

Porque, como tú, Caudal entiende la importancia de un trabajo bien hecho.

Podrás realizar cualquier gestión sobre tu seguro a través del teléfono de llamada gratuita

900-13 14 15



Horario ininterrumpido de 8 a 18 horas

Listas de Espera: El Problema

La Junta de Andalucía tuvo que rendirse a la evidencia y confirmar que las listas de espera son uno de los principales problemas que soporta la Sanidad Pública. Tras producirse varias denuncias a cargos de Jefe de Servicio enfatizando varios fallecimientos por este motivo, se inició un intenso debate que llegó a la opinión pública con especial virulencia. El Consejero de Salud, Francisco Vallejo, en una de sus primeras intervenciones confirmó que en los listados del SAS aguardan nada menos que 41.570 ciudadanos para ser intervenidos quirúrgicamente.

Por provincias, Sevilla a la cabeza de toda Andalucía con (14.440 pacientes) y por lo que se refiere a Huelva, la Consejería admitió las cifras que se concretan en el recuadro adjunto. Huelva, con Cádiz y Málaga son las provincias con mayores niveles de listas de demora por mil habitantes.

En cuanto a días de espera, la media está en 109 aunque fluctua entre los 150 días que han de aguardar en Sevilla y los 63 de la provincia de Málaga, curiosamente desde donde nació, por lo que a Andalucía se trata, la denuncia.

Provincia de Huelva. Listas de Espera

Pacientes	1.466
Hospital Huelva	1.126
Hospital Riotinto	44
Hospital I. Elena	296
Tiempo demora media	92 días



PUNTUALIZACIÓN A UN PREMIO

Enrique de Gomar, mención especial en el último Concurso de Viedoconferencia del Consejo andaluz de Enfermería (CAE) ha remitido una amable carta a esta Redacción donde, tras agradecer la publicación de este hecho, quiere puntualizar que no solamente fue él quién hizo el trabajo premiado en Córdoba. El resto del equipo que elaboró el guión, producción y realización del vídeo son: Inmaculada Barba, Inmaculada Romero, Concha Vázquez, Juan Domínguez, Encarnación Olalla, Manuela Martín, Juan Manuel Gómez, y José María Romero. Dicho queda.

UN DÍA PARA EL RECUERDO: LA FIESTA DE SAN JUAN DE DIOS

Como resumen y balance de un curso académico ya consumado, sirvan estas imágenes que hablan de la festividad de San Juan de Dios, organizada por el Colegio Oficial de Enfermería de Huelva. En ellas, la profesión volvió a darse cita demostrando que su unidad en torno al órgano colegial no es solamente un hecho sino una forma de entender los avances que necesita el colectivo y que deberá llegar, indefectiblemente, desde la cohesión y entendimiento mutuos.



El presidente del Colegio onubense, Gonzalo García Domínguez, en el transcurso del Día que evocaba la figura legendaria del Patrono de la profesión, hizo entrega del Premio correspondiente al "VI Certamen de Investigación en Enfermería Ciudad de Huelva" que, como informamos en nuestro anterior número, correspondió al colegiado Juan Fernando González Núñez, quién recibió el premio en metálico asignado a esta prueba (250.000 pesetas) así como una valiosa carabela que acompaña al galardonado.

Para Gonzalo García, "el re-

conocimiento de una nueva edición de nuestro Certamen, ahora que ha cumplido seis años de recorrido, es prueba más que evidente de su consolidación y de la preparación de que hace gala el colectivo al que va destinado".

Con la promesa de volver a vivir un Día dedicado a San Juan de Dios similar a los que se van acumulando en la memoria de los protagonistas de la enfermería onubense queden aquí estas imágenes como reflejo "de un nuevo hito en el camino del Certamen de Investigación y de la voluntad por seguir avanzando como profesión", conforme corrobora el responsable del Colegio Oficial.





ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERIA DE HUELVA
CONVOCA



VII CERTAMEN DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA
«CIUDAD DE HUELVA»



EN LA MARISMA. Antonio J. Alcalde Pérez.
Enfermero Colegiado nº 1.338 - LA PALMA DEL CONDADO.

GALARDONES

1er PREMIO:
250.000 PTAS.
Y TROFEO

ACCESIT:
75.000 PTAS.
Y TROFEO

BASES

1. DENOMINACIÓN: Certamen Onubense de Investigación en Enfermería
«CIUDAD DE HUELVA»

2. OBJETO: Los premios se concederán a trabajos de investigación o monográficos de Enfermería, inéditos, que se presenten a este certamen de acuerdo a las bases del mismo y hayan sido realizados por profesionales de Enfermería.

3. DOTACIÓN: La dotación será:

PRIMER PREMIO: 250.000 ptas. y trofeo.

ACCESIT: 75.000 ptas y trofeo.

No se podrán acumular más de un premio en un sólo trabajo. La dotación económica de los premios está sujeta a retención fiscal según lo estipula la ley.

El jurado podrá declarar desierto los premios si considera que los trabajos presentados no reúnen la calidad científica suficiente.

4. PRESENTACIÓN: Los trabajos se presentarán en la sede del Colegio antes de las 18 horas del día 15 de diciembre de 2000. No tendrán límite de espacio y acompañará bibliografía si la hubiese, así como documentación gráfica. Se presentarán cinco copias, en tamaño DIN A-4, mecanografiados a doble espacio por una sola cara, encuadernados y empaquetados.

Los trabajos se presentarán en sobre donde deberá indicar «Certamen de Investigación en Enfermería. Ciudad de Huelva». No llevará remite ni dato identificativo alguno. Irán firmados con seudónimo.

Se acompañará un sobre cerrado donde se indique el seudónimo y en cuyo

interior contendrá los datos del autor (Seudónimo, título del trabajo, nombre, D.N.I., dirección completa, teléfono y nº de colegiado).

Los trabajos se podrán presentar personalmente en la sede Colegial o bien por correo o agencia, pero han de llegar antes de la finalización del plazo establecido.

5. PARTICIPANTES: Podrán concurrir todos los profesionales de Enfermería, que se encuentren colegiados en Huelva y al día en sus obligaciones colegiales. Quedan excluidos los miembros que componen el jurado. El hecho de participar en este certamen implica la aceptación previa de las presentes bases.

6. JURADO: Estará compuesto por un mínimo de cinco miembros y será presidido por el Presidente del Colegio de Enfermería de Huelva. Todos los miembros del jurado serán profesionales de Enfermería, los cuales nombrarán un secretario. Los concursantes por el hecho de participar en el concurso, renuncian a toda clase de acción judicial o extrajudicial sobre la decisión del jurado, que será inapelable.

7. FALLO: El fallo del jurado será hecho público por el secretario designado entre sus miembros, el Día Internacional de la Enfermería-San Juan de Dios del año 2001.

8. PROPIEDAD DE LOS TRABAJOS: Los trabajos premiados quedarán en propiedad del Colegio de Enfermería de Huelva, que podrá hacer de ellos el uso que estime oportuno, estando obligado únicamente, en caso de publicación a hacer mención del nombre del autor.

9. TITULAR DEL PREMIO: Será quien aparezca como único o primer firmante.

INFORMACIÓN:

Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Huelva.
c/Berdigón nº 35, 1º izq. - 21003 Huelva.
Tf.959 54 09 04 - Fax. 959 25 62 70
E-mail: Coleg 21 @ smail.ocenf.org.

CON LA COLABORACIÓN DE:





Nuevo Monedero Electrónico de *la fuerte*



El dinero está en el chip

DESDE AHORA PARA PAGAR

*todas estas pequeñas compras diarias
no hará falta llevar encima monedas ni
billetes.*

*Sólo con el nuevo MONEDERO ELECTRÓNICO VISA
CASH que *la fuerte* incorpora desde ahora,
podrás pagar cómodamente todo sin llevar
encima dinero en metálico.*

*El dinero para el café en el bar de siempre, el
pan, coger un taxi, el periódico, una revista, ir
al cine, pagar en la pescadería... hasta para lla-
mar por teléfono desde una cabina, lo llevarás
en el chip de *la fuerte**

A chip de cómodo, práctico y limpio.

Infórmese en cualquiera de las oficinas de
Caja Rural de Huelva.



**CAJA RURAL
DE HUELVA**

la fuerte tu tarjeta más chip.

**VISA
Cash**

SERVICIO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA

901 • 111 333