

Documentos

ILUSTRE
COLEGIO
OFICIAL DE
ENFERMERÍA
DE HUELVA



enfermería

AÑO VI

nº 18 Febrero 2002



Enfermería Solidaria

Documentos Enfermería

Año VI/ Nº 18 - Febrero 2002

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 Técnico:

Vicente Villa García-Noblejas

Jefa de redacción:

Josefa Lorenzo Martín

Redacción:

José Vadillo Carroza

Francisca Hernández Quintero

Enrique Aguiar Mojarro

Eduardo Rico González

Antonio Olid Torres

Patricia Mauri Fábrega

Martín Vázquez Bermúdez

Asesora de redacción:

Eva M^ª Lorenzo Martín

Fotografía:

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

Redacción: Sede Colegial

Imprime: Tecnographic, 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

Coleg21@enfermundi.com

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 Transfusión Sanguínea 
- 8 Un Colegiado...
- 9 Área Jurídica 
- 11 Esperiencia en Guatemala
- 14 Filatelia
- 15 Organización Colegial Estatutos
- 16 Trabajar fuera de España
- 18 Inmigrante Magrebí
- 23 V Certamen Fotográfico 

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.

Verdades Objetivas



DOCUMENTOS DE ENFERMERÍA, la publicación de la Enfermería onubense que edita este Colegio Oficial, no se ha olvidado de sus destinatarios y lectores, la profesión en la provincia, y aquí está la mejor prueba de cuanto decimos en forma de una nueva aparición que sirve, además, para iniciar la edición correspondiente a 2002.

Y nada nos complace más que poner en circulación las presentes páginas para dar fe de dos verdades irrefutables entre las muchas consideraciones y circunstancias que se han ido produciendo desde nuestra última aparición cuando dimos cuenta de los actos correspondientes al Día del Patrón, auténtico encuentro de la profesión en nuestra provincia y, sin duda, referencia anual sin discusión.

Las verdades objetivas a las que nos queremos circunscribir hablan de la promulgación, en las páginas del BOE, de los nuevos Estatutos de la Organización Colegial de Enfermería donde se incluyen competencias sobre las funciones de la profesión que supondrán el auténtico "antes y después" en la contemplación -acaso histórica- del ejercicio diario de los miles de profesionales repartidos, Huelva incluida, por toda España.

Y la segunda verdad brota de forma natural al contemplar la densidad de las páginas de este número. Las cuales están repletas de trabajos de reflexión e investigación suscritos por miembros de nuestra propia enfermería, la de Huelva queremos decir. Este dato serviría para descalificar a algún portavoz político que, en desafortunada intervención, ha venido a proferir desmadres orales cuestionando la labor investigadora de unos (profesionales) y difusora de otros (léase Colegios Oficiales). Aquí está la mejor prueba de que cuando funciona la unión entre ambas orillas el colectivo y su Colegio representativo se desmontan todos los artificios y aparece como una verdad lo que contiene el presente "DOCUMENTOS DE ENFERMERÍA". Creemos que es la forma más idónea para reencontrarnos los colegiados/profesionales onubenses alrededor de un proyecto común donde justo es consignar el aparato jurídico que trabaja, silenciosa y eficazmente, a favor de los intereses del colectivo como una de las prestaciones llameemos, troncales, de la Organización Colegial hacia sus miembros.



Transfusión Sanguínea

1.- INTRODUCCIÓN

Autoras: Rita Robles Campos
(coleg. 2.342) - Cinta España
Prieto (coleg. 3.376)

Hace ya muchos siglos que el hombre intenta la operación de transfundir la sangre. Primero de una manera rudimentaria, abriendo cuerpos de animales y aplicándolos en caliente a la herida que se hacía o había en el cuerpo del doliente que tenía que recibir la sangre. Más adelante se hacía ya sacando la sangre de las venas de los animales, que acto seguido se inyectaba en las venas del enfermo.

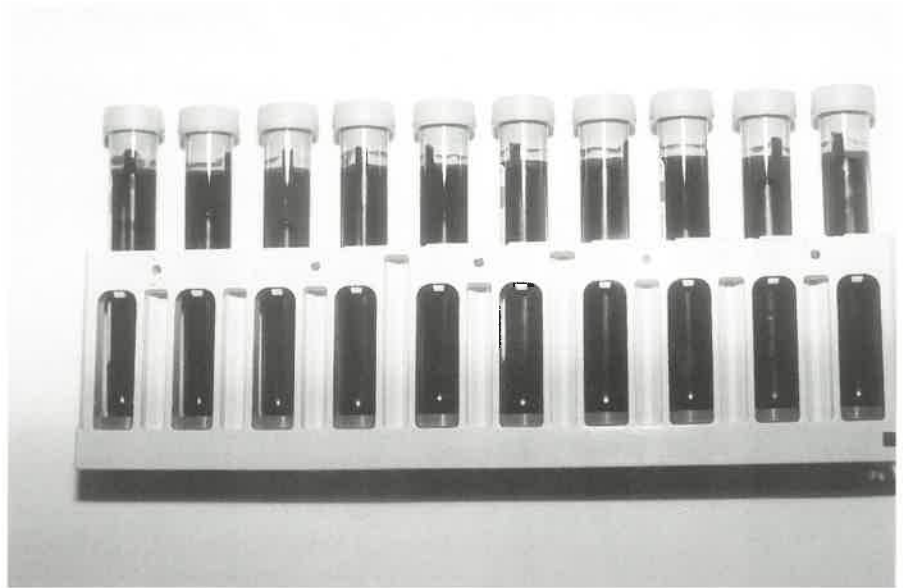
Los continuos fracasos hicieron que se prohibieran y se abandonaran estas causas cayendo en el olvido, hasta que a principios de este siglo, después de demostrarse que la sangre de las personas no podían mezclarse con la de los animales, porque se aglutinaba a simple vista, se reemprendió la transfusión empleando sangre humana e inyectándose directamente en las venas de un cuerpo a otro.

Si bien esto en algunos casos tenía éxito, en otros muchos fracasaba totalmente a consecuencia de las incompatibilidades grupales.

El hematólogo austríaco **KARL LANDSTEINER** a mediados de siglo comprobó que la aglutinación de la sangre que se producía era una reacción Ag-Ac y que había individuos que podían o no poseerlos.

Más tarde se descubrirían los distintos grupos y Rh sanguíneos, llegando a la conclusión que cada individuo tiene el suyo propio y que para poder realizar una transfusión es imprescindible la compatibilidad grupal.

Llegamos hasta nuestra época en la que la transfusión sanguínea es una práctica habitual en todos los hospitales la cual conlleva un mínimo de riesgo para el receptor.



CONCEPTOS BÁSICOS

La sangre es un tejido muy particular que posee numerosas propiedades. Constituye el medio de transporte del oxígeno y otras sustancias necesarias para el metabolismo celular. Está compuesta por una parte líquida que se llama plasma y de otra sólida en suspensión constituida por:

ERITROCITOS, Glóbulos rojos o hematíes

LEUCOCITOS, Glóbulos blancos

PLAQUETAS, o Trombocitos

La sangre, no se ha podido fabricar artificialmente, a pesar de los grandes avances científicos habidos, y hoy por hoy no existe ningún producto que la pueda sustituir.

El único laboratorio donde se elabora es el organismo de los vertebrados y por tanto la sangre humana sólo es posible conseguirla, aprovechándola de nuestros propios cuerpos.

La sangre para transfundir a otro organismo, se obtiene extrayéndola de las venas y es el primer paso para la transfusión sanguínea.

2.- OBJETIVOS

Que el profesional de enfermería reconozca los distintos elementos hemoterápicos, conservación de los mismos cuando se receptiona en su unidad de trabajo, aplicación correcta como sustancia terapéutica para el individuo enfermo y los problemas derivados de su mala práctica.

Que podamos trabajar con la máxima seguridad y calidad utilizando protocolos de actuación ante la transfusión sanguínea, en los distintos puestos de trabajo.

3.- TIPOS DE HEMODERIVADOS Y CARACTERÍSTICAS

Los hemoderivados con los que contamos que más ampliamente se transfunden son:

3.1- CONCENTRADO DE HEMATÍES

3.2- PLASMA FRESCO

3.3- PLAQUETAS

3.1- CONCENTRADO DE HEMATÍES

Como la misma palabra indica, es una bolsa que contiene hematíes, con una mínima cantidad de plasma y de leucocitos.

La unidad de concentrado de hematíes llega al profesional de planta procedente del banco de sangre, perfectamente identificada tipada y etiquetada, es decir la etiqueta lleva el grupo y Rh de la bolsa, fecha de extracción y caducidad, conservación y los diferentes tipos de análisis a las que ha sido sometida. Encima de esta etiqueta va otra superpuesta con el nombre y apellidos del enfermo y su localización, para que las equivocaciones no puedan existir y así garantizar la seguridad de la transfusión. Una vez recibida la unidad de concentrado de hematíes, el profesional debe comprobar el color, aspecto y fecha de caducidad del mismo procediéndose inmediatamente a su transfusión. De no ser posible, habría que conservar la unidad en frigorífico a una temperatura de entre 3 °C y 10 °C.

El concentrado de hematíes se transfunde siempre a través de un sistema de suero especial que contiene un filtro; sin este sistema especial no se podría proceder a la transfusión, pues la misión del filtro es retener los posibles coágulos pequeños, y restos de fibrina que pudiese llevar la bolsa.

La transfusión de concentrado de hematíes se debe conectar a una vía, en la que no se puede mezclar con ningún medicamento. Sólo se puede usar suero fisiológico en caso de necesidad para lavar un poco el sistema.

Si el enfermo tuviese que transfundirse más de una unidad de concentrado de hematíes, antes de que esta termine de pasarle al enfermo, avisaríamos al banco de sangre para que preparasen la siguiente unidad.

3.2- PLASMA PARA TRANSFUSIÓN

Es uno de los componentes líquidos de la sangre, cuyo uso es mucho menor que el de concentrado de hematíes.

La conservación es distinta también pues se conserva a una temperatura menor de -30 °C. Al profesional de

enfermería le llega ya descongelado y se aplica también con sistema de suero para sangre. La transfusión de plasma es mucho más rápida y continua, pues normalmente no sólo se transfunde una bolsa sino varias y se conectan una tras otra. A la planta nos llegan todas las bolsas juntas, perfectamente identificadas con grupo, Rh, fecha de extracción y caducidad, conservación, nombre y apellidos del enfermo que va a recibir la transfusión.

No se puede transfundir conjuntamente con ningún medicamento por la misma vía.

3.3- PLAQUETAS

Es otro componente de la sangre, y se obtiene de la misma, conjuntamente con leucocitos.

La transfusión de plaquetas es menos frecuente, pues es selectiva de un tipo determinado de enfermos.

El concentrado de plaquetas va resuspendido de una cantidad pequeña de plasma y aparentemente tiene el mismo aspecto pero presenta turbidez.

La unidad va perfectamente etiquetada con grupo, Rh, fecha de extracción, caducidad, conservación, nombre y apellidos del enfermo y localización del enfermo.

El concentrado de plaquetas, al igual que los demás elementos sanguíneos, hay que transfundirlo con un sistema especial para plaquetas que retiene los glóbulos blancos y no debe transfundirse conjuntamente con ningún otro producto.

4.- RECOMENDACIONES

Antes de administrar la sangre, el responsable de la transfusión debe comprobar la identificación positiva del paciente.

Los pasos para hacerlo son los siguientes:

- Pedir al paciente que diga su nombre si éste se encuentra en condiciones de responder. No es buena idea preguntar: "¿Es usted (nombre)?", ya que a menudo los pacientes dicen que sí a todo lo que

les pregunta cualquier miembro del personal del hospital para evitar que se crea que no quieren cooperar. Si el paciente puede responder, es importante explicarle todo lo que conlleva una transfusión y cuánto tiempo puede durar. Debe animársele a que haga preguntas sobre el procedimiento de la transfusión.

- Tenemos que saber que para el enfermo la transfusión normalmente, supone un motivo de preocupación, por lo que nosotros somos responsables de paliar de alguna manera esa ansiedad, procurando que comprenda todo el proceso y la inocuidad del mismo.

4.1- INICIO DE LA TRANSFUSIÓN

Después de comprobar los datos de identificación del paciente, el responsable de la transfusión debe firmar el impreso de transfusión para indicar que los datos son correctos y dejar constancia de quién inició la transfusión.

Otros requisitos a anotar en el impreso de transfusión pueden ser la fecha y la hora en que se realiza la transfusión. En la hoja clínica del paciente deben anotarse la fecha y la hora en que se inició la transfusión, el estado del paciente al comienzo de ésta y el nombre y volumen componente transfundido, así como su número de identificación.

Además de informar al paciente del procedimiento de la transfusión y de comprobar todos los datos de identificación, el encargado de la transfusión debe observar y anotar los signos vitales del paciente antes de administrar la sangre. Es importante conocer la temperatura, pulso, respiración y tensión arterial del paciente receptor de la transfusión ya que el primer signo de reacción adversa puede ser un cambio de estas variables. Por otra parte, si los signos vitales del paciente después de la transfusión son anormales, pero ya lo eran al comienzo de ésta, la transfusión no está necesariamente relacionada con ellos. Antes de la transfusión se debe preguntar al pa-

ciente si siente vértigo, picores o dificultad para respirar, síntomas que se pueden confundir con una reacción transfusional.

4.2- ENTREGA DE SANGRE O COMPONENTES

La sangre debe administrarse lo antes posible después de su entrega. No debe almacenarse en frigoríficas que no estén controlados, del tipo que se encuentran a menudo en un control de enfermería o en otras salas de hospital. Si no se puede iniciar la transfusión rápidamente, se deben devolver las unidades al banco de sangre, lo antes posible. Muchos bancos establecen un límite de tiempo a partir del cual no acepta la devolución de la sangre para incorporada de nuevo al depósito es de 30 minutos, que es el tiempo que tarda la sangre en llegar a los 6 °C, una vez puesta a la temperatura ambiente. La sangre puede permanecer a temperatura ambiente varias horas durante la transfusión, y aunque esta permanencia prolongada fuera del frigorífico no daña los hematíes, hace que la unidad sea inadecuada para enviarla de nuevo al banco de sangre. Una unidad de sangre no utilizada que ha alcanzado los LO-OC o más ya no puede ser enviada nuevamente al banco de sangre debido al riesgo de que se haya producido un crecimiento bacteriano.

4.3- FILTROS

La sangre y los componentes deben administrarse a través de un filtro para retener los coágulos de sangre y otros residuos. Los filtros de sangre tienen un tamaño de poro de 170-260 micras y pueden retener grandes coágulos.

Los nuevos filtros para sangre eliminan eficazmente los leucocitos.

4.4- LÍQUIDOS COMPATIBLES

Los Standards establecen que no debe añadirse a la sangre ningún medicamento ni solución intravenosa, excepto la solución salina normal.

4.5- CUIDADOS DURANTE LA TRANSFUSIÓN

El encargado de realizar la transfusión debe permanecer con el paciente durante los primeros minutos después de empezar ésta. Problemas catastróficos como las reacciones anafilácticas o hemólisis masiva provocada por incompatibilidad ABO se manifiestan, generalmente, después de que un volumen de sangre muy pequeño haya entrado en la circulación del paciente. Cuanto antes se detecten estas reacciones, antes se podrá dejar de transfundir la sangre e iniciar el tratamiento. Si no se observa ningún problema durante los primeros 5-14 minutos, dismi-

nuye drásticamente el riesgo de que surjan complicaciones que pongan en peligro la vida del paciente, si bien la posibilidad de que se produzcan reacciones adversas sigue existiendo durante todo el proceso e incluso después. Tras los primeros 15 minutos, se deben anotar los signos vitales del paciente y, si no hay evidencia de ninguna reacción inminente, se puede aumentar la velocidad de la transfusión hasta el valor especificado en la hoja clínica. El personal encargado del cuidado del paciente debe observarlo con frecuencia durante la transfusión.

4.6- VELOCIDAD DE INFUSIÓN

Aunque no existe una regla definida respecto al tiempo máximo que debe durar una transfusión, la mayoría de los hematólogos estiman que la transfusión de una unidad de sangre o componentes no debe durar más de cuatro horas. A pesar de que no se dispone de datos experimentales o clínicos para basar una restricción temporal específica, la Circular Of Information publicada por la AABB, la ARC y la CCBC da un tiempo máximo permitido para la infusión de 4 horas. No existen tampoco reglas definidas respecto al tiempo máximo que deben utilizarse los equipos de infusión o los filtros. El tiempo máximo razonable de uso de los filtros de sangre es de 4-6 horas. Los filtros recogen los hematíes aglutinados, los desechos celulares y las proteínas coaguladas, de ahí que exista una elevada concentración de proteínas en su superficie. Si hay bacterias, la combinación de incubación a temperatura ambiente, y la elevada concentración de proteínas podría facilitar un crecimiento bacteriano más rápido que en la sangre refrigerada. Los materiales acumulados también hacen que la velocidad del flujo sea más lenta. Los filtros se pueden utilizar, generalmente, para dos o cuatro unidades de sangre, pero los que han estado mucho tiempo a temperatura ambiente no deben reutilizarse.

Si la sangre fluye más lentamente de lo que se desea, es posible que el fil-



tro o la aguja estén obstruidos o, sencillamente, que el componente sea demasiado viscoso para que se consiga un flujo rápido a través del equipo de infusión. Los pasos a seguir para conocer las causas del problema y solucionarlo son los siguientes:

- Elevar la bolsa de sangre para que aumente la presión hidrostática
- Comprobar el estado de la aguja
- Examinar el filtro del equipo de infusión para comprobar si contiene demasiados residuos.

5.- REACCIONES ADVERSAS MÁS FRECUENTES

La transfusión de sangre y sus componentes es normalmente un procedimiento inocuo y eficaz para corregir déficits hematológicos, aunque pueden presentarse efectos indeseados. Muchos de estos se llaman comúnmente "reacciones transfusiones", pero los resultados perjudiciales de la administración de sangre abarcan una gama de sucesos y problemas más amplia que este término limitado. Algunos efectos adversos pueden prevenirse; otros no. El personal sanitario debe conocer los riesgos de la transfusión de sangre y evaluar los beneficios terapéuticos a la luz de dichos riesgos.

Los signos de presentación (fiebre o escalofríos), pueden ser los mismos en las reacciones transfusiones hemolíticas con riesgo de muerte que en reacciones febriles menos graves. Cualquier síntoma adverso o signo físico que se presente durante la transfusión de sangre o sus componentes debe considerarse una reacción transfusional.

5.1- EFECTOS ADVERSOS INMEDIOS Y RETARDADOS DE LA TRANSFUSIÓN

EFFECTOS INMEDIOS

EFFECTOS INMUNOLÓGICOS

- Hemólisis sintomático
- Reacción febril no hemolítica
- Anafilaxia
- Edema pulmonar no cardiogénico

EFFECTOS NO INMUNOLÓGICOS

- Fiebre elevada con shock
- Insuficiencia cardíaca congestiva
- Hemólisis sintomático

ETIOLOGÍA HABITUAL

- Incompatibilidad de hematíes
- Contaminación bacteriana
- Sobrecarga de líquidos
- Destrucción física de la sangre, por ejemplo congelación o sobrecalentamiento
- Mezcla de soluciones no isotónicas con hematíes.

EFFECTOS RETARDADOS

EFFECTOS INMUNOLÓGICOS

- Hemólisis
- Reacción de injerto contra huésped
- Aloinmunización contra antígenos eritrocitarios, leucocitados, plaquetarios o proteínas plasmáticas

EFFECTOS NO INMUNOLÓGICOS

- Sobrecarga de hierro
- Hepatitis
- Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
- Infección por protozoos

ETIOLOGÍA HABITUAL

- Anticuerpos anamnésticos frente a antígenos eritrocitarios
- Anidamiento de linfocitos funcionales transfundidos
- Desarrollo de anticuerpos antiplaquetarios
- Exposición a antígenos del donante
- Malaria, babesia

6.- CONCLUSIONES

Creemos necesario este trabajo para y por:

- Reciclar al personal sanitario sobre los hemoderivados y transfusiones de los mismos, modos y maneras de hacerlas lo más segura posible y en

las mejores condiciones de calidad.

- Que el enfermero este plenamente informado de los posibles riesgos de una mala práctica transfusional.
- Conseguir que en todas las unidades de trabajo exista un protocolo de actuación ante la transfusión sanguínea, con el objetivo de unificar criterios.

7.- GRÁFICO

TRANSFUSIONES ANUALES APROXIMADAMENTE

CONCENTRADO HEMATÍES	14.274
CONCENTRADO PLAQUETAS	2.459
PLASMA FRESCO	1.979
TOTAL TRANSFUSIONES	18.712

PORCENTAJES

CONCENTRADO DE HEMATÍES	76.26%
CONCENTRADO DE PLAQUETAS	13.14%
PLASMA FRESCO	10.62%

GRÁFICO DE PORCENTAJES

8. BIBLIOGRAFÍA

PROCEDIMIENTOS DE BANCO DE SANGRE.

DADE - GRIFOLS. S.A. 1983.

TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA. BASES TEÓRICAS Y APLICACIÓN CLÍNICA.

J. G. KELTON; N. M. HEDDLE; M. A. BLAJCHMAN.

MANUAL TÉCNICO DE LA ASOCIACIÓN AMERICANA DE BANCOS DE SANGRE.

10ª EDICIÓN. 1990.

LA FUNCIÓN DE LA SANGRE EN EL ORGANISMO HUMANO. SU TRANSFUSIÓN ENTRE ORGANISMOS.

JOSÉ Mª DOMENECH CAMOM. 1972.

Asesoría Jurídica del Colegio

Un colegiado ve reconocida su queja ante el SAS

Huelva-Redacción

Un profesional de enfermería onubense ha visto admitida su reclamación frente al Servicio Andaluz de Salud (SAS) a través de los servicios de la Asesoría Jurídica de este Colegio Oficial de Huelva. En concreto, el demandante interesaba la "aplicación del Acuerdo de 18 de enero 1992 suscrito entre la Gerencia provincial del SAS y las centrales sindicales sobre las horas de exceso trabajadas. En la sentencia, la Magistrada-Juez establece en su fallo que estima parcialmente la demanda interpuesta por el colegiado y condena al SAS a satisfacerle la suma de 140.112 pesetas (842,09 euros).

La Magistrada-Juez del Juzgado de lo Social número 2 de Huelva, Carmen Lucendo, entendió la reclamación de un profesional de enfermería que, como reza en la sentencia, "se considera probado que presta sus servicios como A.T.S. en el Hospital Juan Ramón Jiménez, en turno rotatorio". En el apartado segundo se contempla el Acuerdo suscrito en su día (18 diciembre 1992) entre la Gerencia provincial del SAS y las organizaciones sindicales por el que "se distribuyó la jornada laboral del turno rotatorio de 1.531 horas anuales en 9 jornadas nocturnas de 10 horas cada una y 163 jornadas diurnas de 7 horas cada una, y se estableció un factor de ponderación (1,6) que habría que aplicarse en caso de superación del número de jornadas nocturnas tipo establecidas, de forma que cada jornada nocturna en exceso equivaldría a 1,6 jornadas diurnas".

El demandante expuso que "las horas de exceso realizadas en 1999 una vez realizada compensación con permisos disfrutados durante 2000, son 16". Y en los puntos siguientes se explicita el número de jornadas nocturnas y diurnas reali-

zadas dejándose constancia de que "el complemento de atención continuada, modalidad C, asciende para el actor a 3.892 pesetas/hora".

Más adelante, en los Fundamentos de Derecho, la Jueza deja sentado que "habrá que entenderse que el tantas veces repetido Acuerdo continúa siendo plenamente válido y eficaz", por lo que, hechos los cálculos pertinentes, dan un resultado final de 20 horas de exceso en el 2000 que sumadas a las 16 horas de exceso de 1999 determinan un total de 36 horas, cuya retribución asciende al importe de 140.112 pesetas, según valor hora admitido por ambas partes de 3.892 pesetas. La Magistrada acaba precisando que se "entiende procedente la compensación de las horas de exceso de 200 con los permisos disfrutados con posterioridad por el actor, por ser ésta la forma habitual de aplicación del Acuerdo discutido, expresamente admitida, incluso, por la parte demandante". En definitiva, el SAS deberá abonar al diplomado la suma de 140.112 pesetas.

Área Jurídica del Colegio: Al Servicio del Profesional

El asesoramiento y la reclamación jurídico laboral se muestra actualmente como uno de lo más importantes recursos con los que se dota al trabajador frente a la actuación empresarial, delimitando donde nacen nuestros derechos y terminan nuestras obligaciones laborales.

Es por ello que el Colegio viene, desde hace ya varios años, fomentando y potenciando este servicio al colegiado, y que se presenta como uno de los más reclamados por el Colectivo.

Desde la Asesoría Jurídica del Colegio han sido muchas las reclamaciones judiciales que se han interpuesto en nombre de nuestros colegiados y de muy variada índole. Y, en el ánimo de dar a conocer a todos, cuáles son los temas que más inquietud generan en nuestras relaciones diarias con el Servicio Andaluz de Salud, nace esta nueva sección de Documentos de Enfermería; que desde este nº 18 nos acompañará habitualmente y donde se realizará una breve reseña de todos los temas más destacados que hayan tenido pronunciamiento judicial.

En este sentido nos gustaría empezar destacando éstos:

- *El exceso horario sobre la duración anual de la jornada laboral* de cada turno, se convierte cada año en una de las principales y reiteradas reclamaciones que se interponen contra el Servicio Andaluz de Salud.

De esta forma durante el año 2001 fueron más de 100 las reclamaciones de cantidad que se interpusieron desde la Asesoría Jurídica del Colegio ante los Juzgados de lo Social de Huelva, de las que todas fueron estimatorias y supusieron en torno a 25 millones de pesetas que el SAS tuvo que abonar en concepto de horas de complemento C a nuestros profesionales.

- *La entrada en vigor del Derecho de libre elección de médico*, generó gran malestar entre el personal de Enfermería que presta servicios en atención primaria. Y ello porque el Decreto de referencia no tuvo en cuenta la adscripción que las consultas de Enfermería tienen respecto de la de médicos generalistas obligando a los enfermeros a

desplazarse de su zona básica para atender los avisos de aquellas personas, que de acuerdo al derecho de referencia, hubiesen elegido médico de otra zona básica de salud. Recientemente se ha notificado a esta Asesoría, Sentencia de la Sala de lo Social del tribunal Superior de Justicia de Andalucía en la que se resuelve de forma definitiva el derecho de los A.T.S. de zona a no prestar servicios fuera de la zona a la que están adscritos.

- También ha tenido estimación afirmativa de los Tribunales la reclamación sobre el derecho a indemnizar a los enfermeros por utilización de vehículo propio en las asistencias domiciliarias de los Servicios de Urgencias, de tal forma que o bien el S.A.S., tiene vehículo a disposición de dichas asistencias o bien procede el abono de la indemnización de referencia.

Esperamos que resulte de interés esta nueva sección, y recordaros finalmente que la Asesoría Jurídica del Colegio está a vuestra disposición para cuantos problemas y reclamaciones laborales os puedan surgir.

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

Enfermería Solidaria:

Experiencia en Guatemala

Texto **Patricia Mauri Fábrega**

Podría comenzar intentando explicaros las tremendas desigualdades existentes entre "nuestro mundo" y el que visité en Octubre del pasado año pero no lo estimo necesario, ya que todo aquel que vea un telediario de vez en cuando se puede hacer una idea de las diferencias que puede encontrar. No obstante me parece coherente comentaros por que la ONG Ibermed decidió trabajar con este proyecto - Plan bilateral de Atención Continuada en la Clínica San Ixtan. Juiapa, Guatemala. Hechos como el que un 84% de la población es pobre, un 33% no dispone de agua potable o un mínimo saneamiento, incorporación infantil al mundo laboral, la alta mortalidad, un 42% de desnutrición y la pérdida continua de cosechas que ha provocado este último año una situación de hambruna justifican sobradamente la actuación de esta ONG.

Como datos estadísticos de nuestra actividad -un poco de propaganda- destacar que hemos dado cobertura en consulta a 1.583 pacientes, en jornadas médicas a 3.263 y hemos tenido 80 niños ingresados en el centro nutricional además de realizar un estudio de salud comunitaria con el fin de detectar los problemas fundamentales de la población y poder promover proyectos adicionales que puedan resolverlos.

Quisiera haceros llegar lo enriquecedora que ha sido para mí esta experiencia objetivo final de este artículo aunque no se si seré capaz de

lograrlo además, supongo, que es diferente para todos y cada uno de los enfermeros que participamos. Para empezar deciros que todo esto empezó mucho antes de llegar a Guatemala, cuando sólo era un deseo, después cuando recibí la información del proyecto, una necesidad y cuando fijamos fecha la realización de un sueño.

En el momento de partir la expedición formada por Juan Bernardo (el médico y al final amigo con el que formaba equipo) y yo, comencé a escribir un diario donde reflejé desde el mal trabajo del aeropuerto -nos fuimos en fechas inmediatamente posteriores al atentado del 11 de septiembre y eso conllevaría ser revisados veinte veces en los aeropuertos, las maletas abiertas a cada instante... incluso la rotura de medicamentos- hasta la difícil adaptación al regresar.

Revisado este diario se observa que algunas palabras se repiten continuamente. Términos como impacto, pobreza, contraste, agua, niño, ignorancia, hambre, desnutrición, parásitos, explotación, desigualdad, instintos, incongruencia, sonrisa, trabajo, tristeza, belleza... Todas ellas tienen un concepto diferente para mí, ahora. El hambre tiene rostro infantil, la tristeza está impresa en unos oscuros y apagados ojos, el trabajo tiene nombre propio -Jani-



Patricia Mauri, autora del presente proyecto

ra, Francia, Mary, Jaime, Aura... los luchadores perpetuos- y así, podría continuar en todas y cada una de ellas, pero no es mi intención aburrirlos sin llegar a trasmitiros, por mucho que me esfuerce, tanto como unas imágenes.

Me gustaría contaros algo sobre estas personas que he mencionado antes para que os hagáis una idea acerca de su cometido. Desarrollan su labor 24 horas al día, 365 días al año, sin relevos ni descansos, durmiendo entre cambios de pañales y llantos-, y levantándose a las 5 de la mañana para continuar con la ardua tarea un día más. El papel que desempeñan no se limita a la nutrición y los cuidados, sino que se extiende, o por lo menos se intenta, a la cobertura sanitaria, educación y formación de los jóvenes con el fin de dotarlos de medios y conocimientos que les garanticen una cierta indepen-



dencia futura que les permita vivir dignamente.

No dejaron de sorprenderme ni un momento. Hacían todo esto con tal sencillez y ternura, siempre sonriendo, que daba la sensación de hacerlo sin esfuerzo... nunca podré agradecerles lo mucho que me enriquecieron. No es fácil desempeñar estas funciones allí, se requiere mucho valor para enfrentarse día a día, con las carencias agua, comida, medicamentos, higiene... muchas veces había que hacerlo con la actitud y las creencias de los usuarios, quienes, aunque de buena fe, en ocasiones depositaban más confianza en los curanderos que en un personal sanitario desconocido, o en los casos

más extremos llegaban a ver la enfermedad de sus hijos como un imperativo divino contra el cual nada había hacer. Si bien, para muchos la asistencia sanitaria era de muy difícil acceso distancia, imposibilidad económica, abandono de los demás miembros de la familia y las tierras... Todo esto explicaba el estado lamentable en que nos llegaban a menudo los niños.

Supongo que ha llegado el punto de la narración en el que toca exponer cual era nuestra "rutina" en el trabajo, pues es bien

simple, intentar alcanzar el ritmo de esta gente. Lo de levantarse cuando cantaban los gallos (tenían la osadía de hacerlo a las 04:30 a.m.) era de-

masiado, así que esperábamos un par de horas más, antes de desayunar. Tras hacerlo pasábamos al "hospitalito", donde estaban los niños. Realizábamos una breve revisión a todos en general, deteniéndonos en los que tenían un problema añadido (fiebre, diarrea, etc.), preparábamos, y repartíamos la medicación, a veces dábamos el desayuno, ya que todas las manos eran pocas, pasando posteriormente al consultorio.

Allí realizábamos curas, inyectables, electros, extracciones, etc. Lo que más me llamaba la atención, aunque parezca exagerado, era el hecho de que muchos de esos pacientes estaban levantados desde las 03:00 a.m. llegaban sin desayunar y andando desde sus casas, vestidos con sus mejores "galas".

Problemas, todos los que quieras, de comunicación, analfabetismo, falta de higiene, y sobre todo de agua. Para entender bien, esto último, si para curarse de su enfermedad debían tomar pastillas, necesitaban agua, esta estaba a una hora andando de sus casas, encima no era potable, por lo que lo idóneo era que recogieran leña para hervirla, demasiado trabajo para un enfermo ¿no?



En ocasiones, incluso habiendo finalizado las consultas, llegaban casos extremos, como el día aquél en que llegó una niña con una hemorragia subaracnoidea, traída una vez que ni las lavativas, quemaduras en el abdomen, ni vendajes de cafés en las muñecas, de los "sanadores" (Curanderos, Brujos) habían dado resultado. O aquel otro en que unos padres traen a un bebe completamente edematizado (os juro que alguien ajeno al tema podría pensar que estaba obeso). Su madre aquejada de una caquexia extrema, se veía incapacitada para lograr que de sus pechos brotara una lágrima de ínfimo alimento, de más está decirnos que su poder adquisitivo no daba para poder solucionar la cuestión; sorprendía el afán con el que el bebé succionaba de los pechos y la desesperación que asomaba a sus ojos al comprobar de nuevo lo inútil de su esfuerzo.

A la hora del almuerzo y la cena se repetía el proceso de dar la medicación e intentar hacer lo propio con la comida ¡como echaba de menos el mostrador del hospital en el que habitualmente trabaja, y sus medios!

En alguna ocasión tuvimos que salir por la noche para realizar un traslado de urgencias al hospital más cercano, con el riesgo que ello suponía, porque salir a horas intempestivas, en el todo terreno era peligroso ya que las armas de fuego, los machetes, borracheras, peleas, y atracos eran frecuentes, aunque la verdad yo no viví ninguna experiencia desagradable. Fue en una de esas salidas en la que vi por vez primera el Hospital, solo decir, que no sabemos los españoles la sanidad que tenemos.

Los fines de semana, se programaban las jornadas, dedicadas a dar cobertura sanitaria a aquellos poblados pequeños e inaccesibles, que no sabían cuando volverían a tener asisten-



cia. Una vez preparadas las cinco o seis maletas con la medicación y todo el material estimado necesario, partíamos entre maizales, yuca y bambú. Los caminos eran pedregosos y ariscos, muchas veces pensaba que era imposible seguir adelante. Nos cruzábamos a menudo con mujeres y niñas llevando encima de sus cabezas cántaros de agua, o niños con fardos de leña sobre sus hombros. Cuando el camino no nos dejaba avanzar más, continuamos a pie con la ayuda de los lugareños, para transportar el material, por resbaladizos y empinados senderos que conducían a las aldeas.

Tras llegar, montábamos las mesas de exploración en la mejor construcción del lugar, y empezábamos a pasar consulta. Parecía que nunca habían visto un médico y que no iban a parar de llegar más y más gente. No era tanto el número como la dificultad que suponía entenderlos y explicarles la enfermedad, tratamientos, horarios, revisiones, o derivaciones a otros centros gratuitos.

Durante las jornadas se veían muchos casos de desnutrición y se intentaban incluir en el programa de

centro nutricional para ofrecerles una segunda oportunidad de luchar por las supervivencia. Como supondréis los padres sentían el dolor y la impotencia de no poder mantener a sus hijos y por ello tener que separarse un tiempo.

Al salir de las aldeas se quedaba una pregunta en el aire ¿Y ahora qué? Una cuestión que por ahora queda sin respuesta.

En resumen decir que esta enfermera aprendió mucho sobre la importancia de la prevención y los cuidados, algo tan básico y tan poderoso. También aprendió que se puede hacer mucho desde casa, para nivelar la balanza e intentar superar la desesperanza que habita de manera permanente en estos países.

Debo agradecer a muchas personas lo que hicieron por mí, me enseñaron y apoyaron compartiendo conmigo lo mejor de sí mismas, sin esperar nada a cambio Cristina, Inma, Asuero, personal de laboratorio y pediatría del Hospital J. R. Jiménez. Sinceramente y aunque me repita, gracias por hacer posible esta inolvidable experiencia que sin duda intentaré repetir este año.

Historia de la Enfermería en la Filatelia Mundial

J

osé Eugenio Guerra González, es un joven enfermero onubense del Centro de transfusión Sanguínea del Hospital Juan Ramón Jiménez que ha realizado un interesante monográfico sobre la Filatelia, y la enfermería. El trabajo pretende ilustrar a través de esta colección de ejemplares filatélicos, la repercusión que los cuidados, cuidadores y otros fenómenos enfermeros han tenido en la filatelia mundial, teniendo como hilo conductor la división tradicional que por las distintas Edades se efectúa de la Historia de la Humanidad.

¿Cómo surgió la idea de realizar este trabajo?

Surge al constatar cómo una afición personal y familiar representa una fuente de información muy útil para el estudio de la Historia de Enfermería a través de las numerosas emisiones de sellos que son emitidas anualmente en todo el mundo y que de forma más o menos explícita refieren fenómenos enfermeros.

¿En qué consiste el trabajo?

El trabajo comprende un total de 375 sellos de 75 países diferentes, que siguiendo las distintas etapas (Prehistoria, Edad Antigua, Media, Moderna y Contemporánea) y pueblos de la Historia de la Humanidad (primitivos, griegos, romanos etc), muestran la repercusión que los Cuidados y por ende la enfermería han tenido en la Filatelia mundial, además de otras secciones denominadas "Ilustres Cuidadores", "Labor Cuidadora de Cruz Roja" y "Cuidados".



Cada uno de los sellos mencionados está perfectamente descrito en cuánto al país emisor, motivo de emisión, motivo del sello (ilustración), año de emisión y número de catálogo para su fácil localización.

¿Resultó difícil la localización de estos ejemplares?

Siempre resulta complicado efectuar una colección de sellos, más si cabe de un tema tan específico como el de los Cuidados de Enfermería, y aunque siempre estuve muy vinculado a esta afición, no solo la localización de estos sino su adquisición y contextualización en una Historia de Enfermería que aún está por hacer, resulta complicado, pero a la vez lo hace más interesante.

¿Cómo han sido tratados los Cuidados y la Enfermería en la Filatelia?

En líneas generales ha sido tratada de forma escasa y muy dispar por los distintos organismos competentes en las emisiones filatélicas, lo que constata, en definitiva, la historia y relevancia social del colectivo enfermero en este país. Un hecho bastante elocuente es cómo en los 160 años de historia filatélica en España tan solo se hacen dos menciones expresas a la Enfermería (1926 y 1953), por otra parte ya lejanas en el tiempo. Las referencias en este sentido y en la filatelia mundial van desde simples viñetas que representan a las enfermeras, hasta fenómenos enfermeros propiamente dichos, es decir instituciones cuidadoras, escuelas, asociacionismo, realización de técnicas...

¿Resaltaría algún sello por su valor económico, significación, rareza o belleza?

Es difícil elegir alguno concreto, en primer lugar porque el valor económico que alcanzan en el mercado es muy variable, y en segundo lugar porque cada ejemplar es diferente, ya sea por lo que representa, por el motivo por el que fueron emitidos, por la aportación al conocimiento de nuestra propia historia etc. Aunque optaría por los sellos que aparecen en la figura nº 1.

La citada Exposición se pudo admirar el pasado mes de junio con ocasión en el Aula Magna de la Escuela de Enfermería de Huelva coincidiendo con los actos de clausura del Título superior de Enfermería. Quede, además constancia expresa del agradecimiento al conciencizado Pepe Guerra por su esfuerzo en llevar a cabo esta exposición con el ánimo para que prosiga con el estudio de la Historia profesional desde una fuente de información tan original y amplia como es la filatelia, su gran afición.

Manuel Antonio Ramiro Martín
(Colegiado 3.097)

En el BOE del 9-11-01

Organización Colegial: Estatutos y Ordenación de la Actividad Profesional

El Boletín Oficial del Estado (BOE) publicó en su edición del 9 noviembre 2001 un Real Decreto por el que se aprueban los Estatutos Generales de la Organización Colegial de Enfermería del Consejo General así como de la "Ordenación de la actividad profesional de la enfermería". Este R.D., que firma el Rey Don Juan Carlos y la Ministra de Sanidad y Consumo, Celia Villalobos, es un documento calificado como de "enorme trascendencia no sólo para el futuro de la Organización Colegial que representa institucionalmente a la profesión de enfermería sino para la actividad profesional en sí misma", en palabras de Gonzalo García, presidente del Colegio onubense.

El R.D. 1231/2001 da cuenta de la aprobación de los Estatutos por los que, desde el 9 de noviembre, se rige la Organización Colegial de Enfermería española. En él se contempla una larga disección en torno a la "moderna organización de la Organización Colegial de Enfermería" para dotarla de "una estructura más moderna" que, con anterioridad, había tropezado con la "falta de desarrollo legislativo estatal" armonizador del nuevo sistema territorial instaurado tras la Constitución (Estado, Autonomías y provincias) y su traslado al ámbito corporativo.

El R.D. consta de tres Títulos, los dos primeros sobre la Organización Colegial de Enfermería, y del Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España, donde se contempla toda la causística del funcionamiento, régimen jurídico de los actos colegiales, régimen disciplinario, sanciones,



La ministra de Sanidad junto al presidente del Colegio de Huelva Gonzalo García

régimen económico y financiero... así como Funciones del Consejo General, órganos colegiados y unipersonales, Asamblea, Pleno, Consejo Interautonómico, Comisión Ejecutiva y su régimen jurídico, entre otros muchos epígrafes a través de lo legislado en 51 artículos donde se llega a particularizar hasta la Fiesta del Patrón y los colores y emblemas institucionales.

Ejercicio Profesional

Finalmente, en el Título III bajo en el enunciado "De los principios básicos del ejercicio de la profesión de enfermería", el BOE desarrolla capítulos tan esenciales novedosos hasta ahora, como la Misión de la enfermería (art. 53), Cuidados de enfermería (54), Ejercicio liberal (55) para desembocar en la "Ordenación de la actividad profesional hacia la excelencia de la práctica profesional (art. 56) donde se lee textualmente:

"Corresponde a la Organización Colegial de Enfermería, en sus respecti-

vos niveles, la ordenación de la actividad profesional de enfermería, orientada hacia la mejora de la calidad y la excelencia de la práctica profesional como instrumento imprescindible para la mejor atención de las exigencias y necesidades sanitarias de la población y del sistema sanitario español".

Consultado el presidente del Colegio de Enfermería de Huelva, Gonzalo García, sobre la trascendencia de este R.D., resumía sus impresiones afirmando: "Estamos, verdaderamente, ante un enorme logro para la Organización Colegial y para la profesión. Lo primero porque nos sitúa, como Organización, en vías de garantizar un futuro lleno de responsabilidad y de modernidad para una estructura siempre ambiciosa como es la nuestra. A partir de lo promulgado en el BOE del 9 de noviembre, pocas profesiones pueden decir que tienen un desarrollo legislativo tan avanzado como la de enfermería merced al esfuerzo de todos, con Máximo González al frente"

Gonzalo García hacía hincapié en "lo sustantivo del Capítulo II donde se contempla que la Ordenación de la actividad profesional corresponde a la Organización Colegial de enfermería, que podrá adoptar las medidas y resoluciones que estime oportunas para crear, desarrollar e implantar, en este ámbito de competencias, los correspondientes sistemas de acreditación de profesionales como vía hacia la excelencia de nuestra práctica profesional. Se trata, sin duda, de un auténtico hallazgo del que todos, sin excepción, debemos felicitarnos".

Trabajar fuera de España, una necesidad



Hospital do Barlavento Algarvio

Autores: Manuel Orta González (coleg. 3.462) - Diego Díaz González (coleg. 3.582)

Somos dos enfermeros que llevamos trabajando en el Hospital do Barlavento Algarvio de Portimão (Portugal) más de un año y medio, éste es un hospital de reciente construcción (se inauguró en Julio de 1999) y está situado en el Algarve en una zona de mucha afluencia de turistas. Después de terminar los estudios de Enfermería, uno de nosotros en junio de 1996 y el otro en Junio de 1997, tras la escasez de trabajo existente en nuestro país limitándose sólo a los períodos de Semana Santa, verano y navidades, en mayo de 1999, tras informarnos por otros compañeros que en Portugal se

necesitaban enfermeros y teniendo la documentación correctamente en regla, nos decidimos ir a Portimão para ver si teníamos la oportunidad de poder ejercer nuestra profesión.

En Agosto de ese mismo año, fuimos llamados desde el hospital, comenzando a trabajar allí en Septiembre, siendo ubicados en urgencias y en traumatología, ya que estaban asignando enfermeros a los distintos servicios. Con nosotros también entraron a trabajar más compañeros, siendo la procedencia de la mayoría de los enfermeros españoles de este hospital de Andalucía sobre todo de Cádiz y Sevilla y en menor medi-

da de las restantes provincias; las promociones salidas en 1998 y 1999 son las que más enfermeros han aportado a este hospital, lo que se deduce que la media de edad ronda los 23-25 años. El comienzo no fue fácil, aunque cercanos, tenemos diferentes costumbres a ellos, horarios de trabajo diferentes; realización del almuerzo y la cena en horario de trabajo y a horas más tempranas que en España; distinta vida social tanto dentro como fuera del hospital; idioma diferente, que fue solventado gracias a que el hospital proporcionó a los enfermeros que nos incorporamos un curso de portugués durante el primer mes.

El trabajo realizado en Portugal no es tan distinto al nuestro, existiendo una serie de diferencias, como por ejemplo en la realización de los electrocardiogramas, ya que en el hospital los realizan los propios médicos o unos técnicos específicos que tiene el hospital para esa función solamente. Por el contrario, sí realizamos otras funciones que aquí no se hacen, debido quizás a la propia estructura de su sistema sanitario, ya que en Portugal, a diferencia de nosotros, existen "tres figuras" que atienden directamente al paciente que son el médico, enfermero y auxiliares de acción médica, que equivaldrían a los auxiliares de enfermería, con la diferencia de que para ser auxiliar de acción médica, sólo tienen que hacer un curso de tres meses, mientras que en España se tiene que hacer Formación Profesional, no existiendo los celadores.

El modelo de enfermería seguido en el Hospital es el modelo de Nancy Roper y la asignación de cuidados de enfermería es Primaria, quizás por este motivo (y es algo que nos "sorprendió" en un primer momento, aunque es positivo) en un servicio de 24 camas como es el servicio de cirugía, tengan 17 enfermeros trabajando repartidos a turnos de 35 horas semanales (que son las horas establecidas por ley), siendo los turnos de 5 enfermeros de mañana, 3 de tarde y 2 de noche de lunes a viernes, y 4 enfermeros de mañana, 3 de tarde y 2 de noche los sábados, domingos y festivos. Además, tanto los turnos de tarde como los de noche, tienen que entrar media

hora más temprano para "pasar el turno", esto es, se reúnen los enfermeros que entran con los que salen, transmitiendo las incidencias surgidas a cada paciente en ese turno. Con respecto a nuestra profesión, en el sistema público de salud portugués, los enfermeros se dividen por categorías; vas subiendo de categoría según los años de trabajo y los méritos adquiridos, que son presentados a concursos públicos establecidos por el gobierno, así las diferentes categorías que nos podemos encontrar son:

- Enfermero/a de Nivel I, que sería un enfermero/a recién terminado de estudiar o recién llegado a un hospital o centro de salud público.
- Enfermero/a graduado/a, que se accede después de varios años como enfermero/a de Nivel I.
- Enfermero/a especialista, se consigue acceder a la especialidad después de llevar más de tres años trabajando en el sistema público y presentando el curriculum vitae.
- Enfermero/a "chefe", que sería nuestro equivalente a supervisor de planta, éstos normalmente son enfermeros especialistas o graduados con bastantes años de trabajo en esa unidad, accediendo a través de un concurso de méritos.
- Enfermero/a supervisor/a, que se accede a través de concurso público, presentando el

curriculum vitae y tras la realización de una serie de pruebas escritas.

- Director/a de enfermería, se accede a este cargo por elecciones entre los enfermeros jefes del hospital.

Esta necesidad de enfermeros en Portugal, está motivada por cuatro razones principales:

- La creación de nuevos hospitales y centros de salud en el país.
- La adecuación de recursos humanos a las necesidades de la población.
- La aprobación hace más de un año de la Licenciatura de Enfermería, lo cual hace que las últimas promociones estén todavía estudiando y no hayan salido al mercado laboral.
- La difícil accesibilidad a los estudios de enfermería (ya que se exige mucha nota a los estudiantes para entrar en las escuelas) y la limitación del número de escuelas de enfermería en Portugal (quizás para no saturar el mercado laboral).

Para finalizar, tenemos que decir, que después de este tiempo de estar trabajando en Portugal nos está resultando una experiencia muy positiva. Estamos pudiendo desarrollar nuestra labor de enfermería, lo cual nos está dando la posibilidad de adquirir experiencia y conocer otra forma de trabajar que nos ayudará en nuestro futuro.

El entorno **sociosanitario** del inmigrante **agrícola magrebí**

(*) Artículo correspondiente al Trabajo ganador del VII Certamen Ciudad de Huelva 2001 – “Situación del Inmigrante Marroquí, del sector agrícola, en relación con la salud y la asistencia sanitaria, en el Municipio de Moguer”

Autores:

María Borrero Infantes; Matilde Burgos Rodríguez; Juan Casado Aguilar; Montemayor Díaz Ramos; M^a Carmen Domínguez Augusto; M^a José García Cazorra; Montserrat Hidalgo Hidalgo; Antonia Limón Gil; Margarita Isabel Martín Pérez; Salvadora Vega Gil.

RESUMEN:

El cultivo de la fresa, en la Provincia de Huelva se ha convertido en los últimos años en una importante oferta de empleo, para los inmigrantes Magrebíes.

Con la presente investigación nos hemos acercado a la realidad de estos inmigrantes que residen en el Término Municipal de Moguer (Huelva), con el fin de: conocer su perfil, sus demandas de salud y el uso real que hacen de los dispositivos y estructuras sanitarias existentes. Mediante un estudio descriptivo de la población inmigrante Magrebí del sector agrícola durante la campaña fresera del año 2000 (Desde Febrero a Junio). Partiendo de una muestra aleatoria $n=150$ (para una $P=0.5$).

Hemos extraído los siguientes hallazgos: el 99.3% son hombres, el 92% están comprendidos entre 18 y 35 años, el 72.7% son solteros, el 81.3% no entienden nuestro idioma, el 38% no vive bajo techo, el 76% acude al Centro de Salud por motivos urgentes, el

42.7% no recibe ningún tipo de información sanitaria, el 50.7% no sigue el tratamiento o lo hace a medias y el 30.7% percibe diferencias en la atención sanitaria recibida con respecto al resto de la población.

El perfil del inmigrante Magrebí es: varón, de 18 a 35 años, soltero, sin conocimientos de nuestro idioma y carentes de domicilio habitual. La asistencia sanitaria que principalmente demandan son urgencias leves, síndromes febriles, dolores osteoarticulares... etc, viéndose imposibilitada la continuidad de las prescripciones facultativas por la barrera idiomática. Y con una concepción errónea de los servicios sanitarios al creer que estos puedan resolver todos sus problemas, no sólo los de salud sino también los sociales, económicos ... etc.

INTRODUCCIÓN:

La población, en cuanto a número y a su composición por edades, no sólo evoluciona por el juego combinado de la natalidad y la mortalidad, sino además por los movimientos de salida y entrada de individuos en ella. Estos movimientos poblacionales en el espacio son los que conocemos con el nombre de migraciones o corrientes migratorias. Al hablar de migraciones debemos precisar si se trata de un movimiento de salida de un territorio, al cual denominaremos con el término emigración, o si se trata de un movimiento de entrada, denominándose con el término inmigración.

Sólo desde la ignorancia y la desmemoria un pueblo puede olvidar su pasado, por reciente que este sea. La marcha hacia lugares desconocidos en busca de un puesto de trabajo o de un refugio político, que asegurara algo tan

elemental como la supervivencia de quien se veía obligado a partir de su lugar de origen, ha sido una característica de muchos pueblos, entre ellos el Español. De ahí que no debiera extrañar que, superados esos momentos dramáticos, sean otros los que busquen en nosotros la ayuda que una vez recibimos⁵.

España es un país integrado en la Unión Europea, participante en Organismos Internacionales como la OTAN, Fondo Monetario y el Banco Mundial. Pero España es un país pobre, dependiente y periférico dentro de la estructura del norte, lugar que dentro del orden mundial hace que la presencia de extranjeros en él sea muy diversificada. En él hay unos cuatrocientos mil extranjeros en situación legal¹⁶, provenientes principalmente de Marruecos, Gran Bretaña (hay tantos Británicos como Marroquíes), Alemania, Portugal y Francia.

El Estado, en este caso el Español, decide quien tiene la nacionalidad y quien no la tiene, así como a quien otorgar permisos de trabajo. Por ejemplo los Latinos Americanos tienen facilidad para obtener permisos de cinco años de duración, mientras los Marroquíes tienen dificultad para obtener permisos que tengan más de un año de duración. El Estado, clasifica y decide así, quien puede acceder o no a la nacionalidad Española y en qué condiciones, repercutiendo esto directamente en la vida cotidiana y en su situación sanitaria. Así quien carece de documentación no se atreve a acudir al médico y quien para tenerlas depende de estar en buena relación con el empleador, no falta al trabajo para ir al médico, ante el miedo de perder el trabajo y la documentación⁴.

Andalucía por su ubicación geográfica y características culturales mediterráneas, ha sido siempre un lugar de encuentro entre culturas.

Pero el progresivo crecimiento inmigratorio empezó a comienzos de los ochenta, cuando alentados por las multinacionales Belgas y Holandesas, los agricultores andaluces se lanzaron al cultivo intensivo de hortalizas y frutas en lo que pronto sería un mar de plásticos³. La afortunada conjunción de calor, regadío y "mejora genética", permitía, y permite todavía, incrementar la productividad y el número anual de cosechas. El trabajo familiar a destajo enseguida resultó insuficiente, por lo que se hizo necesaria la contratación externa de mano de obra, transformándose estas campañas agrícolas en importantes promotoras de movimientos migratorios, que demandan viviendas, educación, asistencia social y sanitaria.

En la provincia de Huelva el cultivo de la fresa se ha convertido en los últimos años en una importante oferta de empleo, para los Inmigrantes Magrebíes (cuya población ha ido aumentando considerablemente en los últimos tiempos). Ante el creciente aumento poblacional durante las campañas agrícolas y en previsión de las posibles demandas en asistencia sanitaria que este colectivo pueda necesitar. El Servicio Andaluz de Salud ha venido poniendo en marcha una serie de dispositivos y programas para cubrir estas demandas asistenciales⁷.

El colectivo de inmigrantes no puede ser tratado de modo homogéneo, puesto que sus contextos geográficos, situación administrativa y su especificidad en el ámbito de género, idioma, cultura, religión y economía determinan necesidades diferentes.

En muchos casos la responsabilidad colectiva en búsqueda de soluciones por parte de gestores, profesionales sanitarios y otros agentes implicados en el ámbito de la salud, se ve seriamente comprometida al nivel de la cobertura de las necesidades de salud, la accesibilidad a los servicios sanitarios o la equidad, debido a aspectos legislativos y a políticas globales que están muy alejadas de la sanidad. Así pues, el principio de la universalidad de la asistencia sanitaria para el conjunto de la población del país, quedaría seriamente restringido para muchos de los inmigrantes extranjeros y específicamente, para los que no disponen de una situación legalmente regularizada¹.

Según el título preliminar de la Ley General de Sanidad "tienen derecho a la protección y atención sanitaria todos los españoles y ciu-

dadanos extranjeros que tengan la residencia establecida en el territorio nacional y los extranjeros no residentes en la forma que las leyes y convenios internacionales lo establezcan". Este principio conlleva la exclusión, aunque no explícitamente, del derecho a las prestaciones sanitarias para aquellos inmigrantes, que aunque residentes en nuestro país, no han conseguido o han perdido "el derecho" a su permiso de residencia. De este modo, el residente legal deja de tener garantizados los medios de vida, el alojamiento o la asistencia sanitaria, puede ser causa de la extinción del permiso de residencia si no se prevé que "pueda disponer de los mismos en un plazo razonable". De ahí que la ley incite a ocultar la situación de pobreza y en concreto la falta de cobertura sanitaria, dado el riesgo de retirada de la documentación legal, y en consecuencia la apertura del camino hacia la expulsión, explicándose así los temores de muchos inmigrantes a los servicios públicos, incluyendo los sanitarios, y la preferencia por aquellos ya conocidos en los que puedan confiar, entre otras razones por que en ellos no se les piden papeles, produciéndose así aglomeraciones en algunos determinados servicios asistenciales. Otras restricciones incluidas en la llamada Ley de Extranjería, impide hacer extensivo el principio de la universalidad del derecho a la atención sanitaria a todos los inmigrantes¹¹.

La salud del inmigrante en nuestra sociedad, tanto a escala asistencial como desde los servicios de salud pública y de vigilancia epidemiológica, debe considerarse desde un punto de vista interdisciplinaria, flexible y dinámica, que cuente con la colaboración de profesionales de servicios sociales, antropológicos, sociológicos, traductores, interpretes, mediadores culturales y abogados, por citar los más destacados, añadiendo la necesidad de llevar a cabo estudios de investigación epidemiología que ofrezcan respuestas claras, serias y documentadas a preguntas aún sin respuestas en este ámbito, desmintiendo afirmaciones que carecen de fundamento. Solo de este modo se conseguirá un verdadero conocimiento de sus necesidades y prioridades en salud, así como la oferta de servicios de calidad, en un entorno normalizado y adaptado a las particularidades de los distintos colectivos que viven en el país, en este caso los inmigrantes extranjeros¹².

Con la presente investigación hemos preten-

dido acercarnos a la realidad de los inmigrantes que residen en el término municipal de Moguer., analizando las estructuras socio-sanitarias a las que tienen acceso los inmigrantes Magrebíes del sector. Así como conocer su perfil socio-sanitario, sus demandas de salud y determinar el uso real que los inmigrantes hacen de las estructuras sanitarias existentes.

MATERIAL Y MÉTODO:

Realizamos un estudio descriptivo para tener conocimiento sobre cuales son los problemas y necesidades de atención sanitaria existente en la población de inmigrantes magrebíes del sector agrícola del Municipio de Moguer (Huelva).

El estudio se sitúa en la campaña fresera del año 2000 (Meses de Febrero a Junio) la población cuenta con 367 Magrebíes censados en el Ayuntamiento de Moguer (Uno de los más importantes de la campaña fresera de Huelva).

La muestra estudio se determinó a través de una formula para poblaciones finitas aplicadas a un margen de confianza del 95% y un error muestral del 5% (n=150; p=0.5).

En la recogida de datos se emplearon como técnicas:

- Entrevistas a Personal Sanitario del Centro de Salud y a la Trabajadora Social del Ayuntamiento.
- Encuestas a los Inmigrantes.

Para evitar la barrera lingüística se tradujo el cuestionario al Árabe y al Francés, ya que son los idiomas más usados por la población Magrebí. Para ello contamos con la participación de traductores.

Para cubrir los objetivos de la investigación escogimos las siguientes variables: sexo, edad, estado civil, idioma, vivienda, hijos, trabajo, información sanitaria, patologías y nivel de satisfacción de la asistencia sanitaria. Tradujimos estas variables en indicadores a la hora de elaborar el cuestionario y la entrevista.

En el tratamiento y análisis de los datos de las entrevistas, seleccionamos los más significativos para el estudio y los categorizamos según criterios temáticos.

Para el análisis de los datos de la encuesta, creamos una base de datos en ACCESS' 97 y para su tratamiento estadístico utilizamos el

programa EPlinfo-6; los gráficos se presentaron en EXCEL'97.

Encontramos limitaciones a priori: censo no estable de la población (carácter itinerante de recolección) y negativa inicial a contestar el cuestionario por desconfianza.

También tuvimos limitaciones a posteriori: al principio no se tuvo en cuenta la barrera lingüística, pero lo solventamos con la ayuda de traductores de campo y cuestionario. También finalizó la campaña antes de lo previsto (condiciones climatológicas adversas y competencias de los mercados internacionales) lo que llevó a la imprevista movilización de los inmigrantes.

RESULTADOS:

Los resultados más relevantes obtenidos mediante la encuesta fueron los siguientes:

- El 99.3% eran hombres.
- El 92% tienen entre 18 y 35 años.
- El 72.7% son solteros.
- El 81.3% no entiende nuestro idioma. (Gráfico 1)
- El 57.3% no vive bajo techo. (Gráfico 2)
- El 92.7% vive con sus compañeros de trabajo, amigos u otros.
- El 40.6% conviven con más de tres personas.
- El 3.3% tiene a sus hijos viviendo con ellos. Y el 1.3% están escolarizados.
- El 52% trabaja habitualmente.
- El 82% trabaja menos de 7 horas.
- El 46.7% no sabe dónde acudir cuando tiene un problema de salud.
- El 42.7% no ha recibido información sanitaria.
- El 48% desconoce el horario de las consultas médicas.
- El 76% acude a las consultas por motivos urgentes. (Gráfico 3)
- El 81.4% refiere no padecer ninguna enfermedad.
- El 85.4% no lleva un control sanitario.
- El 48.6% no comprende los tratamientos prescritos. (Gráfico 4)
- El 50.7% no sigue los tratamientos prescritos. El 22% por problemas económicos, el 34.7% no entiende las prescripciones y el 37.3% no contesta.
- El 58.7% se siente satisfecho por la atención prestada.

- El 30.7% percibe diferencias en la atención sanitaria con el resto de la población.

Los resultados más relevantes obtenidos en las entrevistas fueron:

- A la consulta de refuerzo de la campaña fresera un 25% de los que acuden son inmigrantes cuyos problemas más habituales son: lumbalgias, catarros, síndromes febriles, epigastralgias, heridas y picaduras de insectos.
- Presentan dificultad con el idioma, lo que dificulta la comprensión de las prescripciones.
- No existe un programa específico para los inmigrantes.
- La consulta para la población temporera se ve desbordada. El personal de refuerzo es insuficiente, por lo que saben que no dan calidad asistencial.
- Demandan asistencia hospitalaria y medicinas gratuitas.
- Acuden por problemas sociales, además de los sanitarios.
- Viven solos, desarrollan trabajos agrícolas.
- Existe una casa de acogida para los inmigrantes ilegales, mientras buscan residencia, con una capacidad para 8 personas y durante 8 días (subvencionada por la Junta de Andalucía).
- Moguer cuenta con una oficina de Huelva Acoge (lugar de encuentro para los inmigrantes) y otra oficina de Servicios Sociales del Ayuntamiento.
- Vienen engañados por las mafias.

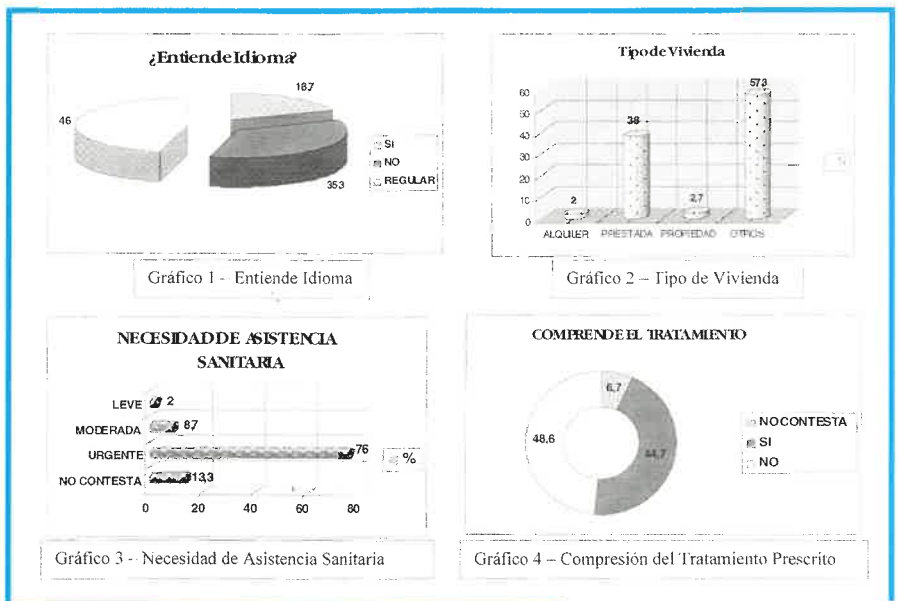
DISCUSIÓN:

Durante las campañas agrícolas freseras en los meses de (Febrero-Junio), se produce un incremento considerable, de la población de los Municipios afectados (Lepe, Cartaya y Palos de la Frontera y Moguer) el cual, incide sobre los Servicios Sanitarios, desbordándolos. Por ello, la Consejería de Salud refuerza los dispositivos de Atención Primaria de estos Municipios, con un Equipo de Apoyo (Médico y Enfermero) el cual es insuficiente para cubrir la demanda asistencial generada. A pesar de ello, más de la mitad de los encuestados se sienten satisfechos con la atención que recibe. Sin embargo, un elevado porcentaje no sabe dónde acudir cuando tiene un problema de salud, desconoce el horario de las consultas médicas, acude a las consultas por motivos urgentes, (debido a la temporalidad de su estancia), no lleva un control sanitario y no sigue los tratamientos prescritos. Constituyendo el idioma una barrera importante para ajustar sus demandas a nuestras ofertas.

Es esperable que la mayoría sean varones, solteros y jóvenes, ya que vienen a trabajar para ganar dinero, mejorar la precariedad que tienen en su país, legalizar su situación y traer a su familia.

Observamos que la situación socioeconómica precaria (dormir a la intemperie, hacinamiento...), incide en número y tipo de demanda de asistencia sanitaria.

Los hallazgos obtenidos con nuestro estudio,



pueden servir de apoyo bibliográfico a posteriores estudios, sin obviar que estos han sido obtenidos mediante un corte transversal realizado en un tiempo y espacio determinado (población inmigrante de la campaña fresera del municipio de Moguer del 2000), sin embargo, los resultados significativos hallados en la presente investigación, son similares a los obtenidos en el estudio realizado por Olga Salas¹⁶ en Barcelona. Lo que nos induce a pensar que nuestras conclusiones no están tan alejadas de la realidad.

CONCLUSIONES:

Una vez analizadas las estructuras socio-sanitarias a las que tienen acceso los inmigrantes Magrebíes del sector agrícola del Municipio de Moguer, hemos llegado a las siguientes conclusiones:

El perfil socio-sanitario del inmigrante Magrebí del sector agrícola de Moguer, suele ser varón, con edad comprendida entre 18-35 años, la mayoría de ellos solteros, sin vivienda fija, algunos viven en casas prestadas, muchos viven en las calles, y pocos poseen vivienda propia; se dedican principalmente a las faenas agrícolas, son temporeros muchos de ellos no censados, que suelen marcharse al finalizar la recolecta de fresas.

Las demandas de los inmigrantes Magrebíes del sector agrícola de Moguer suelen ser principalmente urgencias de tipo leve, heridas dolores osteomusculares, síndromes febriles, etc., suelen tener una gran desinformación del funcionamiento sanitario. El inmigrante suele tener una concepción errónea de los servicios sanitarios, algunos piensan que estos les van a resolver todos sus problemas no sólo de salud, sino también sociales, económicos, etc., quizás como hemos dicho antes esto esté desencadenado por la poca información que estos reciben, y por la falta de servicios de este tipo que hacen que estas necesidades no queden cubiertas.

La afluencia de inmigrantes a esta localidad de Moguer se ve duplicada, produciéndose el consiguiente desbordamiento de los servicios sanitarios, los cuales son insuficientes para poder atender tan masificada demanda. Esta situación se prevé desde los servicios centrales del SAS, ya que el personal sanitario es reforzado (Un médico más en las urgencias y un DUE), sin embargo este refuer-

zo es escaso y no cubre la gran demanda de asistencia; el personal sanitario se ve obligado a ofrecer una atención de ínfima calidad ya que tiene que dividir el tiempo de las consultas entre el gran número de personas que acuden. La ausencia de programas de salud para esta población también hace que la asistencia sea de peor calidad, ya que se trata de resolver problemas puntuales de salud, sin llevar una evolución o seguimiento de estos e incluso sin la oportunidad de impartir educación sanitaria para este tipo de población, cosa de gran importancia y trascendencia, dada las condiciones higiénicas-sanitarias en las que viven y valores culturales, que favorecen la existencia de problemas de salud importantes.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a los siguientes Organismos la colaboración prestada por facilitarnos la información y documentación necesaria en la realización de este estudio:

Gerencia Provincial del SAS de Huelva.

Delegación Asuntos Sociales de Huelva.

Ayuntamiento de Moguer.

Federación Andaluza Acoge; "Huelva Acoge".

Centro de Salud de Moguer.

Servicios Sociales de Moguer.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 BOE. Ley 14/86 de abril General de Sanidad, BOE 26-4-1986.
- 2 BOE núm. 10 del miércoles 12 de enero del 2000. Pág. 1139-1148.
- 3 Durán E., Cabezas J., Ros M., Terre M., Zarzuela F., Bada J.L.: Tuberculosis en inmigrantes recién llegados a Barcelona. *Med Clin (Barc)* 1996;106:525-528.
- 4 Jasán J.M., Villalvín J.R.: La salud de los inmigrantes y la atención primaria. *Aten. Primaria* 1995; 5:320-326.

- 5 Javier Martín Vide "Fragmento de España I. El medio y la historia." 1993-1999 Microsoft Corporation. Reservados todos derechos, "Los españoles y la migración".
- 6 Jiménez, J.R. (1965): "Platero y yo". Taurus, Madrid.
- 7 Junta de Andalucía, "Campaña agrícola en la provincia de Huelva". Carpeta informativa.
- 8 León Rubio, I.M.: "Psicología de la salud". Secretario de Recursos Audiovisuales y Nuevas Tecnologías. Sevilla 1998.
- 9 López-Vélez R.: Enfermedades infecciosas en inmigrantes (I). *FMC-Formación Méd Continuada Aten Primaria* 1996; 3:222-228.
- 10 López-Vélez R.: Enfermedades infecciosas en inmigrantes (II.) *FMC-Formación Méd Continuada Aten Primaria* 1996; 3:279-285.
- 11 Maluquer Margalef E. La Sanidad: una asignatura pendiente. En: *El informe sobre inmigración en España*. FMC-Formación Méd Continuada Aten Primaria 1996; 3:277-278.
- 12 Martínez Veiga.: "La integración social de los inmigrantes extranjeros en España." Ubaldo Edit. Trotta. Fundación 1º de mayo.
- 13 Moreno Hínestrosa, M^a J. (1994): "Dinámica de la población Moguerense en el siglo XX: su estrecha relación con las coyunturas económicas". *Huelva en su historia*, 5, pp. 217-231.
- 14 Moreno Hínestrosa, M^a J. (1994): "La vida de Moguer en la época de la restauración, 1874-1923. AIQB, Huelva.
- 15 Núñez Roldán, F. (1987): "en los confines del reino". Diputación provincial de Huelva.
- 16 Olga Salas, Antonio. "Inmigración salud y políticas sociales". Ugalde. Serie monográfica N^o 13.
- 17 Ponsot, P. (1986): *Atlas de Historia Económica de la Baja Andalucía*. Siglos XVI-XIX. Sevilla.
- 18 Web de Huelva Acoge. www.columbus-digital.com/huelva-acoge/

preparados

preparados para dar
respuesta a
situaciones
inciertas

seguro de automóviles

Una póliza exclusiva y personalizada
para asegurar tu automóvil con las
máximas garantías.

- **Asistencia en viaje desde el kilómetro cero** (tu domicilio) con importe de grúa hasta **75.000 ptas.**
- **100% de valor de nuevo del vehículo** durante los **dos primeros años** de la matriculación en caso de robo o siniestro total.
- **Gestión de reclamación de infracciones de tráfico** y asesoramiento telefónico en gestiones relacionadas con tu automóvil.
- Seguro de **accidentes para el conductor** con cobertura de **2.000.000 ptas.** en caso de muerte o invalidez permanente.

Infórmate en el
902 110 330

Oferta exclusiva para
Profesionales de Enfermería



Seguro de automóviles



ZURICH



**V Concurso
Fotográfico
"San Juan de Dios"**



Buscando coquimas. Foto: Victoria Carbacho Durán

**Ilustre
Colegio
Oficial
de
Enfermería**



**Huelva
2002**

**CAJA RURAL
DEL SUR**

INFORMACIÓN:
Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Huelva -
C/ El Perdigón, nº 35. 1º izq.
21003 HUELVA
Telf. 959/54 09 04 - Fax 959/25 62 70 -
Web: <http://www.ocenf.org/huelva>

1º D.P. 21003 Huelva, indicando en el sobre: PARA EL CONCURSO FOTOGRAFICO «SAN JUAN DE DIOS», hasta las 18 horas del día 11 de Octubre 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 2003**, 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 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.

NOTA: Cualquier imprevisto será resuelto por el comité organizador.

CONVOCA: ILTE. COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA 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 **X 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.

Las obras se presentarán debidamente protegidas en la sede del Colegio de Enfermería, sita en c/ Berdigón nº 35

Banca por internet @

Entre en su oficina bancaria o vaya de compras sin pasar por el atasco



Banca por Internet es la opción que le ofrece RuralVía para operar con su oficina bancaria es cualquier momento, ir de compras sin perder un minuto, beneficiarse de la rapidez del TPV virtual o acceder a toda la información y servicios que precise.

 **RuralVía@**
Acortamos distancias
www.ruralvia.com

Comprar por Internet ha dejado de dar miedo



Te presentamos la nueva Tarjeta Virtual de Caja Rural con la que definitivamente perderás el miedo a comprar por Internet.

Porque sólo tú controlas el límite de la tarjeta pudiendo recargarla con la cantidad que necesites (hasta 3.005,06€) justo en el momento de realizar tu compra y descargarla una vez hecha la compra. De este modo y hasta que no se realice la recarga, la tarjeta no puede ser utilizada. ¡Más seguridad imposible!

Además como es una tarjeta MasterCard, podrás comprar tranquilamente en cualquier tienda de la red.



Ven a Caja Rural o conéctate a www.cajarural.com
y pide sin miedo tu Tarjeta Virtual.


CAJA RURAL
DEL SUR