

Documentos

ILUSTRE
COLEGIO
OFICIAL DE
ENFERMERÍA
DE HUELVA



enfermería

AÑO XIX

nº 64 diciembre 2016

HUELVA CLAMA CONTRA LOS RECORTES DEL SAS



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:

Patricia Mauri Fábrega

Redacción:

Josefa Lorenzo Martín

Enrique Aguiar Mojarro

Eduardo Rico González

Martín Vázquez Bermúdez

M^a Carmen Vázquez Fernández

Tomás Lozano León

Antonio Olid Torres

Carmen D. Beltrán Camacho

Mercedes González Hernández

M^a Carmen Pilo López

Asesora de redacción:

Eva M^a Lorenzo Martín

Fotografía:

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: 2.600 ejemplares

Distribución gratuita



Domicilio de la sede colegial

C/ Berdigón, nº 33, pral. izq.

21003 Huelva

Tel. 959 54 09 04

Correo electrónico:

colegiodehuelva@consejogeneralenfermeria.org

Página Web:

www.colegiooficialdeenfermeriadehuelva.es

Fax: 959 25 62 70

Horario de oficina

De 09.00h a 14.00h. y de 16.00h a 20.00h.,

excepto las tardes de los viernes que

permanecerá cerrado

Horario de la Asesoría Jurídica:

Horario de mañana de lunes a viernes, tras cita

telefónica.

Entrevista con el presidente:

Concertar cita.

Sumario

- 3 EDITORIAL
- 4 PÓLIZA
- 5 TSJA CONDENA AL SAS
- 6 SALUD CREA LA CATEGORÍA DE ENFERMERA ESPECIALISTA
- 7-9 MANIFESTACIÓN EN HUELVA
- 10-11 LA O.M.S PROMULGA NUEVAS DIRECTRICES PARA PREVENIR LAS INFECCIONES QUIRÚRGICAS
- 12-17 TRABAJO CIENTÍFICO: INSULINA GLARGINA
- 18 PREMIO UNIDAD INFECCIOSOS
- 19 FOMENTO DONACIÓN ÓRGANOS
- 20-21 CALENDARIO 2017
- 22 AMA
- 23-25 TRABAJO CIENTÍFICO. VIOLENCIA DE GÉNERO
- 26 CONGRESO INTERNACIONAL BARCELONA
- 27 UNIDAD DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA EN EL COSTA DE LA LUZ
- 28-32 COOPERANTES
- 33 DAÑO CEREBRAL
- 34 NORMAS PUBLICACIÓN
- 35 NUEVA MINISTRA
- 36 LA JUNTA ANUNCIA LA RECUPERACIÓN DE LAS 35 HORAS
- 37 ANTE EL XXVI CERTAMEN CIUDAD DE HUELVA
- 38 CHARES BOLLULLOS Y ARACENA
- 40 CERTAMEN



MAS DE 20.000 VOCES CENSURAN LA POLÍTICA DEL SAS EN HUELVA

La fecha del reciente 27/N va a quedar señalada, y para siempre, como el día en que la sociedad onubense decidió pronunciar un "basta ya" lo suficientemente explícito como para que la Junta de Andalucía empiece a escuchar el clamor de la calle y reoriente su política sanitaria en nuestra provincia. Pocas veces, acaso en ninguna, la voz de la ciudadanía se ha dejado oír de forma tan clara y rotunda en la exigencia para que Huelva no solo conserve sus dos hospitales sino que, además, esta tierra deje de ser la cenicienta a la hora de decidir las inversiones en materia de Salud.

Sucede que la consejería y el SAS habían acumulado demasiados déficits, demasiados incumplimientos, demasiadas dilaciones en una cuestión tan sensible y trascendente como es la sanidad que sostenemos todos con los impuestos. Los recortes perpetrados -sí, perpetrados- en Huelva se fueron sucediendo pese a las quejas de profesionales y ciudadanos. Así, la polémica fusión hospitalaria, hecha a espaldas de los profesionales y opinión pública y tumbada por los Tribunales de Justicia, acaso fue la última gota que colmaba un vaso lleno del incumplimientos: Es sencillamente escandaloso que la sanidad provincial acumule años y años de parálisis y retrasos en los Chares de Aracena, Lepe y Condado; por no hablar de los cientos de empleos perdidos donde enfermería fue, como siempre, el colectivo más afectado en una inacabable sangría de puestos de trabajo tanto en la atención primaria como en la especializada. O las listas de espera o los colapsos permanentes de unidades y servicios.

Con el tiempo, se fue llenando la bolsa del malestar social dando lugar al nacimiento de un movimiento ciudadano, apolítico y sincero como el que aglutinó la Plataforma por una "Sanidad pública digna". El resultado se vio en el mediodía del 27/noviembre cuando miles y miles de ciudadanos anónimos y libres decidieron gritar contra las carencias, consecuencia a tantos incumplimientos por parte de una Junta de Andalucía que, curiosamente, siempre hizo bandera de considerar a la sanidad su "joya de la corona", en un permanente ejercicio de injusta respuesta a las reclamaciones de una población hastiada de tantas promesas incumplidas.

Lo que la sociedad onubense en su conjunto, ya espera es que, a partir del 27/N, las cosas se hagan de muy distinta forma en lo que a la sanidad se refiere. El sistema público andaluz debe levantar, en lugar de las cortinas de humo habituales, un proyecto de inversiones para que la dependencia con otras provincias cercanas sea la excepción y no la norma. Huelva no tiene un Hospital Materno-Infantil, como no dispone de una Unidad de dolor, y toda una suerte de dotaciones e infraestructuras que son un menosprecio a los ciudadanos que sostienen, como el resto de andaluces y españoles, el Sistema y a los que Salud lleva distrayendo con palabras, solo palabras, demasiado tiempo. De ahí el clamor social vivido en una jornada desapacible con amenaza de lluvia incluida que, sin embargo, no impidió que jóvenes y mayores protagonizaran una auténtica marea blanca de enorme conciencia social.

El Colegio Oficial de Enfermería, como institución de derecho público al servicio de la población, muestra su confianza para que, a partir de ahora, ya no haya lugar para más dudas y escapismos. Con la sanidad no se puede seguir jugando porque es algo que nos afecta a todos los onubenses. Nuestra corporación entiende que, por el bien general, se han acabado los tiempos de las maniobras políticas y que, al contrario, se debe encarar el de las realidades. Y lo demandamos legítimamente no solo, que también, por nuestra profesión, fuertemente golpeada desde hace casi una década, sino por encima y sobre todo por el bienestar de los onubenses, de la capital como del último núcleo rural. El trabajo y dedicación del personal no puede seguir estando en la permanente y peligrosa sensación de asumir comportamientos extraordinarios para tapar los enormes huecos que ha ido dejando el Sistema. Este Colegio profesional va estar, siempre, dispuesto a la colaboración con los poderes públicos en aras a perseguir el bien común pero dejando sentado que las nuevas medidas han de significar avances y nunca retrocesos para potenciar y mejorar la sanidad pública según el mandato y exigencia de la sociedad.

Como han sido pocas las veces en que la ciudadanía de Huelva se ha pronunciado de una forma tan clamorosa y elocuente, todos debemos respetar ese clamor social en la esperanza de que los poderes autonómicos sean, por fin, receptivos y cumplan con las demandas de una ciudadanía a las que ya no le valen ni palabras políticamente correctas ni más promesas que, como el tiempo desgraciadamente ha demostrado, solo han servido para dilatar, enmascarar y ocultar los problemas. Si de verdad todos creemos en las esencias de la democracia, la marea humana del 27/N exige actuaciones, rectificaciones y anuncio de realidad para una sanidad pública onubense que se reclama digna e igualitaria con el resto de la región.



DE LA ORGANIZACIÓN COLEGIAL CON LA COMPAÑIA ZURICH
SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL

EL COLEGIO TE PROTEGE

CON EL ÚNICO SEGURO -INCLUIDO EN LA CUOTA- QUE CUBRE A 1º RIESGO TODAS LAS ACTIVIDADES PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN EL ÁMBITO PRIVADO, CONCERTADO Y PÚBLICO (*)

NORMAS DE PROCEDIMIENTO A SEGUIR ANTE POSIBLES RECLAMACIONES

PRIMERO: El colegiado deberá comunicar inmediatamente a su Colegio provincial la reclamación de que haya sido objeto, bien judicial (demanda, querrela o denuncia) o extrajudicial. La comunicación fuera de plazo de dicha reclamación podrá suponer que la póliza no cubra siniestro

SEGUNDO: El colegiado cumplimentará en su Colegio provincial el formulario de comunicación de Siniestro de Responsabilidad Civil Profesional o Penal establecido a tal efecto, para que éste sea remitido al Consejo General. Será necesario cumplimentar todos los datos solicitados.

TERCERO: Si el colegiado no pudiese contactar con el Colegio, comunicará directamente el hecho a la Asesoría Jurídica del Consejo General (Tel.: 913 34 55 20), donde un letrado le informará sobre los pasos a seguir y la cobertura del seguro. De no hacerlo así, el Consejo no asumirá ninguna responsabilidad, y el perjudicado será sola y exclusivamente el colegiado.

CUARTO: El colegiado no deberá declarar nunca sin abogado, ni firmar ningún documento.

QUINTO: De acuerdo con lo establecido en la póliza, para la efectividad de la cobertura prevista será imprescindible acreditar que el profesional afectado se encuentra colegiado y al corriente en el pago de las cuotas.

3,5

MILLONES DE EUROS

3.500.000 € por colegiado y por siniestro, y con un límite por anualidad de veintiun millones de euros

(*) Hospitales y centros de salud públicos, Hospitales y centros privados, Hospitales y centros concertados con el SAS, Residencias de mayores y Centros sociosanitarios públicos, concertados y privados, Compañías aseguradoras, Consultas privadas y Ejercicio libre de la profesión.

Si tienes otras pólizas contratadas, para evitar consecuencias no previstas, tráelas al Colegio para que te aclaremos sus coberturas y si te cubren la actividad privada, concertada y pública.

LA NUEVA PÓLIZA AMPLÍA LAS PRINCIPALES COBERTURAS:

Responsabilidad civil de los colegiados en el desarrollo propio de su actividad profesional o especialidad sanitaria, tal como se regula en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, incluyendo la actividad docente, terapias alternativas y "piercing" ■ Cobertura por inhabilitación profesional como consecuencia de sentencia judicial firme o por expediente disciplinario, con abono, por parte de la Aseguradora de una cantidad máxima de 1.500 €/mes, por un plazo máximo de 18 meses. ■ Posibilidad de contrademanda o reclamación a contrario frente a denuncias infundadas, temerarias o con mala fe.

EL TSJA CONDENA AL SAS A PAGAR 14,8 MILLONES DE EUROS AL GRUPO PASCUAL

Huelva.- Redacción

El Servicio Andaluz de Salud (SAS) ha sido condenado por el Tribunal Superior de Justicia de Andalucía (TSJA) a abonar al Grupo Pascual la cantidad de 14,8 millones de euros que se corresponde con las tarifas que el Grupo sanitario privado puso a los servicios que prestó en sus centros abiertos en varias provincias andaluzas, Huelva entre ellas, en el año 2014; según el acuerdo existente -ahora extinguido- entre ambas organizaciones. En su sentencia, el TSJA ha desestimado un Recurso de apelación interpuesto por el SAS contra una anterior sentencia que, en el mes diciembre de 2015, dictó el Juzgado de lo Contencioso Administrativo de Sevilla.

Varapalo judicial al SAS. Los Tribunales de Justicia han condenado al organismo encarado de gestionar la sanidad pública en Andalucía a pagar la cantidad de 14.811.198 euros al Grupo Pascual en concepto del precio que el citado grupo de clínicas privadas, el más influyente de la región, puso a los servicios que prestó a la sanidad pública en virtud del concierto existente en el año 2014, concierto, por lo demás, y como se conoce ya extinguido. El Grupo Pascual tiene abiertas las siguientes instituciones privadas: Blanca Paloma (Huelva), Doctor Pascual (Málaga), Santa María del Puerto (El Puerto de Santa María (Cádiz), Virgen de las Montañas (Villamartín (Cádiz), San Rafael (Cádiz) y Virgen del Camino (Sanlúcar de Barrameda (Cádiz).



Concierto

El fallo a cargo de la Sala de lo Contencioso del TSJA, que añade un nuevo hito de divergencia entre Salud y el Grupo Pascual, es consecuencia a un recurso de apelación interpuesto por los servicios jurídicos del SAS tras conocerse una sentencia anterior (en concreto del mes de diciembre de 2015) dictada por el Juzgado de lo Contencioso-Administrativo número 13 de Sevilla. En aquella sentencia, ahora ratificada por el alto tribunal andaluz, se ordenaba pagar al SAS la citada cantidad, cercana a los 15 millones de euros, por la factura generada por los diferentes servicios prestados, en su mayoría quirúrgicos, a la sanidad pública en 2014, en razón al concierto entonces vigente.

En la sentencia, el TSJA sostiene que es cierto que los precios contemplados en ese tiempo fueron fijados "de forma unilateral" por las Clínicas Pascual pero, a su vez, el Tribunal regional rechaza el argumento de la administración autonómica de que, con ellos, Grupo estuviera incurriendo en un "enriquecimiento ilícito". Incluso la Sala del TSJA apunta a que administración no ha aportado prueba alguna que sirva para acreditar que "los precios son excesivos o no reales" así como que las distintas prestaciones llevadas a cabo en las seis Clínicas del grupo no se hayan realizado.

La importancia de la sanción que comporta el fallo (esos casi 15 millones de euros) constituye, de una parte, un serio revés para la tesorería del SAS mientras que, desde otra perspectiva, supone una nueva disensión entre la sanidad pública y la red de clínicas y hospitales Pascual. Al respecto, se recuerda que desde el 31 de enero de 2014 quedó concluido el convenio entre SAS y Grupo, conflicto que, al día de hoy, no se ha solucionado, pues se mantiene la divergencia entre las partes. Es por ello que el TSJA en su sentencia evoca que, al finalizar el concierto con los seis centros de las provincias de Huelva, Málaga y Cádiz, el SAS decidió aprobar por razones de "interés público" unas prórrogas del acuerdo de colaboración aunque con una rebaja del 5%, algo que fue objeto de anulación por parte de los Juzgados. En consecuencia, al quedar anuladas tanto la prórroga como la modificación de los precios estipulados no existía contrato vigente que "amparara la prestación".

SALUD CREA LA CATEGORÍA DE ENFERMERA ESPECIALISTA

Huelva.- Redacción

El Boletín Oficial de la Junta de Andalucía (BOJA) publicó el pasado 17 de noviembre una Orden largamente esperada por la que se crea, en el ámbito del SAS, la categoría de la Enfermera especialista en la región. En concreto, la normativa se refiere a las siguientes especialidades: Enfermería de Salud Mental, Enfermería Obstétrica-ginecológica (matrona), Enfermería del Trabajo, Enfermería Pediátrica y Enfermería Familiar y comunitaria. Esta medida representa, en opinión del Colegio de Enfermería de Huelva, "estar en condiciones para alcanzar en el campo laboral el esfuerzo y dedicación que la profesión lleva a cabo durante los dos años que dura la etapa de especialización".

Paso adelante de la enfermería andaluza que se equipara, en este contexto, a la de otras regiones españolas. La Orden del BOJA (15 de noviembre 2016) daba oficialidad dentro el SAS, a la creación de la figura estatutaria de la Enfermera especialista así como se modifica el nombre de las matronas y enfermeras de empresa si bien estos cambios no supondrán variación alguna en su régimen jurídico y económico que seguirán como hasta la fecha. De este modo, las especialidades que abarcan la categoría profesional de enfermera (o) especialista se corresponde con estas: Enfermería Obstétrica-ginecológica, Enfermería del Trabajo, Enfermería de Salud Mental, Enfermería Pediátrica y Enfermería Familiar y Comunitaria.

Obviamente, para el acceso a estas categorías se debe estar en posesión del título de la especialidad que corresponda. Un vez publicada la Orden, ahora debe ser llegado el tiempo para que la administración andaluza proceda a la creación y catalogación de los puestos de trabajo específicos en cada especialidad. Toda la información al respecto está en la Orden de Salud que puede localizarse en el BOJA nº 221 del 17/noviembre/2016.

PLAZAS EIR 2017

Y si de especialidades profesionales hablamos, desde el pasado 11 de noviembre 2016, los interesados pueden consultar los listados de admitidos, con carácter provisional, como paso previo y fundamental para la realización de la prueba selectiva que decidirá la suerte de las enfermeras (os) aspirantes y que se celebrará el próximo 28 de enero de 2017. Una vez comprobados los datos y efectuadas las reclamaciones, si las hubiere, Sanidad procederá a hacer públicas, a partir del 29 de diciembre/2016, las relaciones definitivas de la enfermería

española admitida para seguir los estudios de EIR en el inminente 2017.

Como se recuerda, en esta nueva convocatoria para los futuros especialistas, se han convocado un total de 994 plazas que, además de haber merecido críticas prácticamente unánimes por su escasa dotación numérica, se desglosan del siguiente modo para el conjunto de la sanidad española:

- Enfermería Obstétrico-ginecológica:	368 plazas
- Enfermería Familiar y Comunitaria:	293
- Enfermería de Salud Mental:	183
- Enfermería Pediátrica:	114
- Enfermería Geriátrica:	19
- Enfermería del Trabajo:	17

El examen, o prueba selectiva, de 28 /enero/17 consistirá en la realización de un ejercicio compuesto de 225 preguntas de elección múltiple, mas 10 de reserva. El tiempo fijado para el examen de acceso al EIR será de 5 horas de duración. La nota de corte se establecerá en el 35% de la media aritmética obtenida por los 10 mejores exámenes sin que se contemplen los números decimales. Habrán superado la prueba aquellas enfermeras (os) cuya valoración individual del examen sea igual o superior al 35% de la media de los 10 mejores ejercicios. Para la nota final, el valor del examen es del 90% mientras al expediente académico le corresponde el 10% restante.

► **Por otra parte, el examen para las plazas de EIR 2017, el 28/enero/2017.**

CERTIFICADO

La novedad que presenta la convocatoria de plazas de EIR para 2017 es que los aspirantes ha de presentar en el acto de toma de posesión una certificación negativa a cargo del Registro Central de Delincuentes Sexuales (dependiente del Ministerio de Justicia) para, de esta forma, reflejar oficialmente que la enfermera (o) adjudicataria de la plaza en cuestión no ha sido condenada por sentencia firme por algún tipo de delito contra la libertad e indemnidad sexual. La relación definitiva de plazas será a partir del 24 de marzo/2017 y el plazo para su incorporación se ha fijado entre los días 22 al 28 de mayo/17.



Huelva vivió una protesta histórica.

LA MAREA BLANCA RECORRE HUELVA PIDIENDO UNA "SANIDAD PÚBLICA DIGNA"

Huelva. - Redacción. Fotos: P. M.

Huelva vivió una jornada que nadie duda en calificar de histórica. Lo sucedido el reciente 27 de noviembre constituye un hito en el transcurrir de una ciudad y su provincia artífices de llevar a la calle las voces de miles y miles de personas reclamando y haciendo suyo el lema de la Plataforma convocante "Huelva por una sanidad digna". Sin connotaciones partidistas ni otros colores que los globos blancos, la ciudad se pronunció a favor de un nuevo modelo de gestión por parte del SAS empezando por el no rotundo a la fusión para que "Huelva cuente como hasta ahora con 2 hospitales al máximo de sus prestaciones".

No se recordaba un posicionamiento similar de la sociedad onubense desde que el 3 de marzo 1988, la gente se echó a la calle reclamando la creación de la Universidad. El éxito correspon-

dió tanto a la Plataforma organizadora como al consenso tácito de unas 20.000 personas al grito de una Sanidad pública digna". A la manifestación le amenazaron distintos intentos de desvirtuarla pero hasta el tiempo climatológico dio una tregua y, en medio del temporal, la lluvia se alejó de la rotonda de los Bomberos desde donde partió una muchedumbre decidida, por esta vez, a dejar claro su rechazo a la forma de gestionar la consejería y el SAS los asuntos sanitarios de los onubenses.

FUSIÓN: NO

El eje de la protesta, giró en torno al NO absoluto y firme a la fusión de los Hospitales J. R. Jiménez e Infanta Elena que no era más que el sabido rechazo social al que el SAS ha hecho oídos sordos desde meses atrás. Pero también quedaron patentes los repudios a tantos recortes como se han llevado a cabo en el sistema público y que han afectado al ciudadano de a pie como a unas plantillas de personal diezmadas con la consiguiente reper-

- La Plataforma ciudadana reúne a más de 20.000 personas como rechazo a la fusión hospitalaria, los recortes e incumplimientos del SAS en la provincia.

cusión en la calidad asistencial que se debe prestar al paciente. Y de eso sabe mucho la enfermería onubense.

La Plataforma había convocado a la ciudadanía sin más condicionantes que alejarla de la batalla partidista. Allí acudieron sin logos ni siglas, integrantes de asociaciones de enfermos, sindicatos, partidos políticos (con excepción del Psoe), colegios y ciudadanos anónimos tanto de la capital como de pueblos de la provincia, de la Sierra como de la Costa, que no quisieron hurtar su apoyo a lo que entendieron



blancos como símbolos a favor del bien general. El paso por el centro de Huelva, se fue consolidando el gran éxito ciudadano de una convocatoria que, en la práctica, equivale a un serio toque de atención a la consejería y el SAS para que, de una vez por todas, practiquen el diálogo tanto con las asociaciones sociales como con los profesionales sanitarios, los primeros en saber la realidad de unas decisiones -fusión, recortes...- incapaces de convencer a la población.

- ▶ El Colegio de Enfermería elogia "la madurez social demostrada" y pide "diálogo permanente" a la administración.

de justicia: articular una enorme "Marea blanca" que plantearse a la Junta "la urgente necesidad de inversiones necesarias en estructuras y personal" para que la provincia deje de ser catalogada como "la cenicienta" sanitaria de Andalucía y logre situarse en plan de igualdad con el resto de comunidades. Los Colegios profesionales, -medicina, enfermería, veterinaria, psicología, ...- previamente habían expresado su apoyo a la Plataforma si bien algunos de sus responsables acudieron a título personal.

Desde la Plaza de los Bomberos hasta la de las Monjas, la marea humana dejó escapar unas reivindicaciones que solo han merecido, a través de los años, aplazamientos, promesas in-

cumplidas, precariedad y maniobras dilatorias sin ninguna solución efectiva. Los índices de la sanidad pública provincial no tienen por qué estar en cotas de inferioridad respecto al conjunto de Andalucía y España. "Hemos venido porque necesitamos una sanidad de calidad" gritaban los manifestantes al tiempo que reconocían la enorme labor de unos profesionales capaces de sacar adelante sus cometidos ante la indiferencia de la administración regional.

La impulsora de la Plataforma ciudadana, la médica Paloma Hergueta, había pedido que en todo momento el 27/N fuera un movimiento sin color partidista. Así lo entendieron todas las entidades respondiendo con globos

COLEGIO, MADUREZ

Al poco de concluir la gran protesta social en la Plaza de las Monjas, donde muchos echaron en falta la figura del alcalde Gabriel Cruz, la consejería de Salud hacia pública una nota en la que manifestaba su "absoluto respeto a las reivindicaciones ciudadanas y profesionales" que presidieron la manifestación pero rechazando el "mensaje catastrofista" que algunos colectivos y partidos políticos pudieran haber lanzando. Por su parte, el Colegio Oficial de Enfermería de Huelva, a través de su presidente, Gonzalo García, expresaba "el reconocimiento de nuestra institución colegial por la forma, pacífica y multitudinaria, con la que se ha



Globos blancos para evitar partidismos.

pronunciado la sociedad de Huelva. Ante semejante y multitudinaria respuesta ciudadana solo nos cabe, cuanto Colegio profesional que representa a la enfermería, elogiar la madurez de nuestros conciudadanos y esperar a que, de una vez por todas, se tengan en cuentas las reivindicaciones y propuestas que se vienen haciendo a la administración desde el respeto y el legítimo convencimiento de que buscamos la mejor atención sanitaria a la población.

Memorial de agravios

Las lista de carencias que padece la sanidad onubense es todo un memorial (extenso) de agravios acumulado a lo largo de los años. Si hubiera que destacar los mas significativos, se impondrían citar estos déficits:

- ✓ **Gasto sanitario.** Andalucía tiene el gasto en Sanidad mas bajo de España. Baste un dato: mientras la Junta dedica 1.004,32 euros por habitante, el País Vasco destina 1.548,34, una de las asignaciones mas altas de la nación.
- ✓ **Camas hospitalarias.** Andalucía tiene una media de 2,5 camas por habitante en la sanidad pública regional, Huelva con 1,94 camas solo está por delante de Almería (1,8).
- ✓ **Dotaciones.** La provincia de Huelva es la única de Andalucía que no cuenta, ahí es nada, con un Hospital Materno-Infantil pero también carece de una Unidad del Dolor y de UCI Pediátrica.
- ✓ **Sanidad provincial.** Hace mas de diez años, la Junta, por boca de sus máximos dirigentes, se comprometió a dotarla de Centros hospitalarios de alta resolución (Chare) que ayudasen a descongestionar los de Huelva. Pero, al acabar 2016, son un auténtico fiasco. El de Lepe es el mas avanzado pero acumula enormes retrasos para su inauguración. El Chare de la Sierra, (Aracena) lleva igualmente años paralizado y el del Condado (Comarca de Bollullos Par) no se ha puesto ni la primera piedra, mientras, ahora, se debate la localización de los terrenos.
- ✓ **Ratio de enfermería.** Los datos oficiales dan cuenta que Andalucía figura en el penúltimo lugar de las regiones españolas con 4 enfermeras por habitante; solo superada por Murcia (3,99). Lejos quedan los ratios referidos no solo a Navarra, líder con 8 enfermeras por habitante sino a otras comunidades que están por debajo de la media nacional: Comunidad Valenciana (5,38), Castilla La Mancha (5,51) Baleares (5,58), Canarias (5,72) y Ceuta (5.82), por encima de las señaladas, el resto de regiones españolas.
- ✓ **Cobertura de plantillas.** El índice de sustituciones del personal, especialmente de enfermería, es muy precario. Las bajas por motivos de jubilación, maternidad o enfermedad se cubren al mínimo con el lógico aumento de carga de trabajo y estrés laboral para el resto de enfermeras.

LA O.M.S PROMULGA NUEVAS DIRECTRICES PARA PREVENIR LAS INFECCIONES QUIRÚRGICAS"

Huelva. -Redacción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha decidido hacer público unas recomendaciones tendentes a avanzar en la prevención de las infecciones en el ámbito quirúrgico. El objetivo que preconiza el máximo organismo planetario de la salud no es otro que salvar vidas, reducir costos, aumentar la calidad de vida del enfermo y frenar la propagación de microorganismos de gran resistencia. De esta forma, las pautas a cargo de la OMS abarcan actuaciones que van desde la pertinencia de bañarse el paciente antes de acceder al quirófano hasta la conveniencia de administrar antibióticos antes y durante la intervención pero no posteriormente.

Bajo el título de "Directrices mundiales para la prevención de las infecciones quirúrgicas", la OMS acaba de realizar un posicionamiento mediante una batería (en concreto 29) de recomendaciones realizadas por un grupo formado por 20 de los principales expertos internacionales a partir de 26 revisiones fruto de las evidencias más recientes y evidentes. El objetivo de estas Directrices no es otro que "hacer frente a la creciente carga de las infecciones asociadas a la atención sanitaria tanto para los pacientes como para los sistemas sanitarios".

Ricos y pobres

La OMS entiende que las infecciones quirúrgicas no representan un (grave) problema que afecta a las naciones menos desarrolladas y con menor potencial económico sino que, pese a la creencia general, también deben preocupar a los países más desarrollados y que manejen técnicas y tecnologías de vanguardia. Y la OMS pone ejemplos que arrojan toda la luz que se necesita para encarar esta cuestión. Así, mientras en naciones de marcado subdesarrollo, e incluso de las situadas en un nivel medio, nada menos que el 11% de los enfermos operados sufren infecciones ajenas a las causas que motivaron su paso por el quirófano.

De tal manera que en África, el 20% de las mujeres sometidas a la cesárea son víctimas de infecciones en la herida que comprometen tanto su salud como la capacidad para cuidar a sus hijos. Y, paralelamente, en los sistemas sanitarios más avanzados -donde podría situarse el español- también presentan carencias: Ejemplo: en los Estados Unidos este problema origina que los enfermos pasen 400.000 días de más ingresados en el hospital con el evidente perjuicio tanto para la salud del enfermo como del gasto sanitario estimado en un sobrecoste de 900 millones de euros al año.



La trascendencia de este capítulo ha sido corroborada por la Subdirectora general de la OMS para los Sistemas sanitarios e Innovación, la Dra. Marie-Paul Keyne al afirmar de forma categórica: "Nadie debía enfermar al buscar o recibir atención. La prevención de las infecciones quirúrgicas nunca ha sido más importante pero es algo compleja y requiere regular e implantar diversas medidas". Por lo mismo, la número 2 de la OMS ha sostenido que estas "Directrices constituyen un valioso instrumento para proteger a los pacientes". Porque resulta sorprendente admitir que, hasta el momento, no había directrices internacionales basadas en las evidencias así como que la interpretación de las evidencias nacionales carecían de uniformidad.

- **El equipo quirúrgico, médicos y enfermeras, de cualquier parte del mundo deberían asumir estas nuevas "recomendaciones".**

Ducha o baño

En concreto, estas " Directrices para la prevención de infecciones quirúrgicas" contemplan 13 recomendaciones a aplicar en la etapa pre-quirúrgica junto a las 16 restantes encaminadas a prevenir las infecciones durante y después de la intervención. El espectro contempla desde la necesidad de duchar o bañar al enfermo o la mejor forma de que el equipo quirúrgico (médicos y enfermeras) se laven las manos o las orientaciones sobre la utilización de los antibióticos para prevenir las infecciones o los desin-

fectantes que se deban aplicar antes de la incisión o las suturas que hay que realizar. Razones como las que sostiene la OMS: "Antes o después, muchos de nosotros vamos a necesitar una intervención quirúrgica pero nadie quiere contraer una infección en el quirófano".

De esta manera, la OMS certifica que las Directrices son perfectamente válidas para todos los países una vez sean adaptadas a las distintas circunstancias locales por estar basadas en la evidencia científica, la reducción del gasto económico, y las preferencias de los enfermos. Por lo mismo, la OMS vaticina que "aplicando estas flamantes Directrices los equipos quirúrgicos pueden reducir daños, mejorar la calidad de vida del paciente y contribuir a detener la propagación de la resistencia a los antibióticos. Y la propia OMS va mas allá al añadir una inédita aportación consistente en que "los pacientes que vayan a ser intervenidos le pregunten al cirujano si va a seguir las recomendaciones de la OMS".

► Salvar vidas, reducir gasto económico y frenar la resistencia a los antibióticos, sus objetivos.

Antibióticos

Cuestión importante en este contexto es la posición de la OMS en orden a que, para la prevención de infecciones, las nuevas Directrices recomienden que solo se usen antibióticos antes y durante la cirugía por entenderse como "una medida crucial" para frenar la resistencia a los mismos antibióticos. Porque como se ha afirmado "al contrario de lo que es habitual no se deben utilizar antibióticos después de la operación". Y la explicación que entienden los expertos mundiales en este campo no es otra que "los antibióticos son medicamentos utilizados para prevenir y tratar las infecciones bacterianas. La resistencia a ellos se produce cuando las bacterias experimentan cambios a consecuencia del uso de estos medicamentos". Una resistencia que aparece de forma natural con el transcurso del tiempo pero el uso inapropiado tanto en los seres humanos como en los animales está aumentando el proceso de resistencia.

Una resistencia a los antibióticos que, como auguran los expertos, "está poniendo en riesgo" los logros y avances de la sanidad moderna. Porque sin antibióticos eficaces para prevenir y tratar las múltiples infecciones aspectos concretos como la quimioterapia, las prótesis de cadera, las cesáreas y los distintos trasplantes de órganos se convertirían en actuaciones mucho mas peligrosas porque, como se ha apuntado, empeorarían, la calidad de vida del paciente, el aumento del gasto sanitario y, lo mas importante, la mortalidad. Finalmente, la OMS ha adelantado que está en avanzado estado de elaboración una Guía junto a una serie de herramientas que sirvan de ayuda a las autoridades sanitarios y por extensión, a los profesionales médicos y enfermería para llevar a la práctica estas Directrices.



RASURADO DEL PACIENTE Y LAVADO DE MANOS DEL PERSONAL

Entre la batería de directrices de la OMS para combatir y prevenir las infecciones quirúrgicas hay una que puede ser, por lo menos, llamativa. El organismo rector de la sanidad a nivel mundial ha decidido mostrar su oposición al rasurado del paciente antes de ser intervenido. Por tal motivo, no ha dejado de reconocer que "rasurar el pelo en la zona de la incisión ha sido una parte tradicional de la rutina preoperatoria de los pacientes que se van a someter a cirugía". Pero, dicho lo cual, los expertos no han dudado en desaconsejar esas prácticas.

Estorbo

Sostiene la OMS que el rasurado puede ser "necesario para facilitar la exposición de la piel a fin de marcarla para la cirugía". De igual manera, admite que el pelo puede ser un estorbo a la hora de poner vendajes por lo que se ha asociado "a una falta de limpieza que puede ser causa de infecciones". La exposición de los especialistas autores de la Directrices no dejan lugar a las dudas: "No hay diferencias significativas entre el rasurado con maquinilla o con cuchilla y entre dejar el pelo sin afeitar", lo que equivale a que la OMS se muestre favorable a mantener el pelo a no ser que sea estrictamente necesario. En este caso, el personal sanitario debe proceder a rasurar con maquinilla para, asegurar, "minimizar un trauma potencial sobre la piel".

La OMS explica que evitar el rasurado del pelo no representa coste alguno y, a su vez, no significa un mayor peso laboral al personal sanitario porque las maquinillas no son baratas y "pueden ser difíciles de conseguir" en naciones de escasos recursos económicos. Sin olvidar que los cabezales "pueden ser muy difíciles de limpiar y descontaminar". Otras recomendaciones hablan de que los cirujanos pueden ser reticentes al uso de maquinillas en las zonas genitales de los varones. Si de la mujer se trata, prefieren que se afeite la zona genital o, incluso, ir al hospital con la zona depilada en base a razones culturales.

La OMS aconseja que el paciente se duche o bañe utilizando un jabón común o de tipo antimicrobiano para que "la piel esté lo mas limpia posible y se evite la presencia de bacterias en la zona de la incisión". Al personal médico y de enfermería recomienda algo tan obvio como lavarse las manos antes de colocarse los guantes como medida esencial en la prevención de infecciones, añadiendo que es muy aconsejable aplicar desinfectante a base de alcohol hasta los antebrazos y frotar ambas manos con intensidad al menos tres veces antes de colocarse los guantes.

INFLUENCIA DEL CORRECTO CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN EL TRATAMIENTO CON INSULINA GLARGINA EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Autores:

- ▶ ISAAC FLORIDO PÉREZ. D.U.E de la U.G.C Campiña Norte de Huelva.
- ▶ MARÍA ISABEL JIMÉNEZ NÚÑEZ. D.U.E del Hospital Infanta Elena de Huelva.

▶ RESUMEN

La insulina glargina Lantus® es uno de los tratamientos de elección actuales para el control de las cifras de glucemia en el paciente con diabetes. En el siguiente ensayo clínico se pretende valorar cómo el correcto cumplimiento terapéutico y el adiestramiento en el ajuste protocolizado de la dosificación de la insulina glargina puede influir en los valores de hemoglobina glicosilada (HbA1c) en los pacientes.

▶ ABSTRACT

Insulin glargine Lantus® is one of the current treatments of choice for controlling blood glucose levels in patients with diabetes. The following clinical trial is to assess how the correct adherence and training in setting docketed dosage of insulin glargine can influence the values of glycated hemoglobin (HbA1c) in patients.

INTRODUCCIÓN:

La Diabetes Mellitus tiene una prevalencia aproximada en Andalucía de un 8% según el II Plan Integral de Diabetes de Andalucía (PIDMA) (1) donde también quedan reflejados que son el principal motivo de pérdida de visión, amputaciones, problemas cardiovasculares e insuficiencia renal crónica. Dichos problemas conllevan a un elevado índice de dependencia, elevada frecuentación, deterioro de la calidad de vida e incluso aumento de la morbi-mortalidad de los pacientes afectados además de un elevado gasto sanitario derivado. El incumplimiento terapéutico o la falta de adherencia al tratamiento es un problema sanitario prevalente y de gran relevancia en la práctica clínica diaria. Se estima que entre el 20% y el 50% de los pacientes no toman la medicación prescrita como esta pauta (2). En el ámbito de las enfermedades crónicas, la Organización Mundial de la Salud considera la falta de adherencia un tema prioritario de salud pública debido a sus consecuencias negativas: fracasos terapéuticos, mayores tasas de hospitalización y aumento de los costes sanitarios (3). Está demostrado por varios estudios

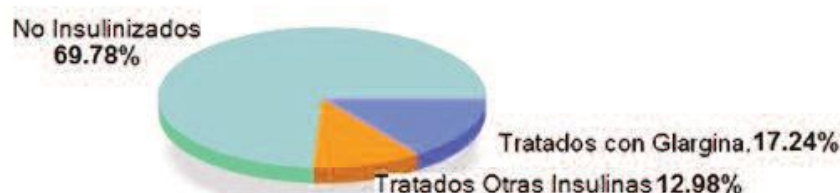
que una mejora en la adherencia puede tener más impacto en la salud que cualquier otra intervención específica en el tratamiento médico (4).

JUSTIFICACIÓN:

En la zona delimitada de la Unidad de Gestión Clínica Campiña Norte de Huelva y más concretamente en la localidad de San Juan del Puerto existe una prevalencia del 5,81% de pacientes diagnosticados de Diabetes Mellitus incluidos en el programa de Diabetes de DIRAYA. De ese porcentaje de pacientes, el 30,22% se encuentra actualmente en tratamiento con algún tipo de insulina o la asociación de varias. Del total de los pacientes con diabetes, el 17,24% se encuentra en tratamiento con insulina Glargina, lo que equivale al 57,05% de los insulinizados.

Dentro de las insulinas de acción prolongada, la insulina glargina se encuentra entre las de primera elección (5) (6) (8) debido a su facilidad de uso, control y por necesitar de una única dosis diaria (9) (10). Dentro de las insulinas es de las

Pacientes Diabéticos



que menos porcentaje de complicaciones por hipoglucemia presenta (7) (11). Está demostrado por diferentes estudios y protocolos que la insulina glargina junto a la asociación de biguanidas es la mejor opción (9) (10) (11) para el control de los niveles terapéuticos de glucemia en los pacientes que padecen diabetes tipo 2 en los que el tratamiento oral por si solo ya no es eficaz. Riddle, Rosentock et al. (12) compararon la adición de insulina glargina con insulina NPH antes de acostarse al tratamiento previo con antidiabéticos orales (ADO) en un estudio aleatorizado, abierto, de grupos paralelos, multicéntrico, de 24 semanas de duración, en el que se incluyeron 756 pacientes con diabetes tipo 2. Los pacientes, con diabetes de 8-9 años de duración, con mal control metabólico (HbA1c 7,5-10%) y sobrepeso u obesidad (IMC 32 kg/m2), recibían tratamiento con 1-2 ADO (sulfonilurea, metformina y/o glitazonas). Este estudio demostró que la utilización de un algoritmo de dosificación sencillo, basado en la glucemia en ayunas (objetivo 100 mg/dL), resulta muy eficaz para mejorar el control metabólico tras el fracaso secundario de los ADO (estrategia treat to target).

En el último año solamente el 23% de los pacientes insulinizados de la Zona Básica de Salud de San Juan del Puerto han conseguido mantener unos niveles de Hemoglobina Glicosilada (HbA1c) dentro del rango terapéutico, según datos obtenidos de su historia clínica. A pesar de la intensa intervención y seguimiento de los equipos, incluyendo el autocontrol domiciliario, los resultados glucémicos obtenidos no son los más adecuados. Es de vital importancia concienciar, tanto a pacientes como a profesionales, de que el correcto cumplimiento terapéutico en el tratamiento con insulina Glargina junto con la monitorización de la glucemia son necesarios para conseguir las cifras objetivo.

El siguiente estudio quiere poner de manifiesto que mediante la búsqueda del correcto cumplimiento terapéutico con un adiestramiento adecuado del paciente sobre el ajuste de la dosificación, la monitorización y el control del tratamiento con insulina glargina mejora los índices de HbA1c en los pacientes con diabetes y por lo tanto sus promedios de glucemias capilares.

OBJETIVO:

- 1 Demostrar que el adiestramiento sobre el ajuste de la dosificación, la monitorización y el control del tratamiento con insulina glargina mejora los índices de HbA1c en los pacientes con diabetes.
- 2 Demostrar la importancia de la puesta en práctica por parte de los profesionales de enfermería y medicina en el ámbito de la atención primaria de salud del entrenamiento de los pacientes en el uso y ajuste de la pauta de insulina basal en función de la glucemia en ayunas.



MATERIAL Y MÉTODO:

Se identifica a 493 pacientes con diabetes de los cuales 149 se encuentran en tratamiento con insulina y 85 de ellos en tratamiento con insulina glargina los cuales fueron captados en la consulta de enfermería "Seguimiento Programa" para su posible inclusión en el estudio. De los pacientes anteriormente citados, 61 fueron incluidos en el estudio analítico. El resto de los pacientes (24) rehusó el participar en nuestro estudio.

Procedimiento:

A cada uno de los pacientes se le realizó un mini test sobre el uso y ajuste de dosificación de la insulina glargina.

Mini Cuestionario Inicial:

- ¿Cómo se llama la insulina que se administra?

• Aciertos	48 (78,69%)
• Fallos	13 (21,31%)
- ¿Cuántas unidades de insulina se administra?

(Número de unidades para registro del estudio e Historia Clínica).
- ¿A qué hora del día de administra la insulina?

Mañana	4 (6,56%)
Tarde/Noche	55 (90,16%)
Mañana y Tarde	2 (3,28%)
Ajustado a la prescripción médica	57 (93,44%)
NO ajustado a la prescripción médica	4 (6,56%)
- ¿Modifica las unidades de insulina que se administra según la glucemia?

Sí	9	(14,75%)
No	52	(85,25%)

De los que respondieron SI a que se automodifican dosis, cual se encuentra ajustada a protocolo (*):

Sí ajustada a protocolo 5 (8,20%)
No ajustada a protocolo 4 (6,56%)

(*) Protocolo consensuado tanto por las guías clínicas (Ej: SamFyC 2011) (13) como por los facultativos del centro, todas basadas en el algoritmo de Nathan et al. (14)

MINI CUESTIONARIO INICIAL	ACIERTO	%	FALLO	%
¿Cómo se llama la insulina que se administra?	48	78.69%	13	21.31%
¿Cuántas unidades de insulina se administra?	registro	registro	registro	registro
¿A qué hora del día de administra la insulina? (Ajustado o no a la prescripción médica)	57	93.44%	4	6.56%
¿Modifica las unidades de insulina que se administra según la glucemia?	9	14.75%	52	85.25%
Modificación de UI según protocolo	5	8.20%	4	6.56%

TABLA-1

Además del citado Mini Cuestionario Inicial, a cada paciente se le realizó el Test Morisky-Green (15) para la medición del cumplimiento terapéutico, cuestionario validado para enfermedades crónicas como la HTA, la diabetes o el tratamiento del VIH/SIDA.

Test Morisky-Green (enfocado al uso de la insulina):

- ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?

Sí 2 (3.28%)
No 59 (96.72%)

- ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?

Sí 60 (98.36%)
No 1 (1.64%)

- Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación? (*)

Sí 8 (13.11%)
No 53 (86.89%)

- Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla? (**)

Sí 14 (22.95%)
No 47 (77.05%)

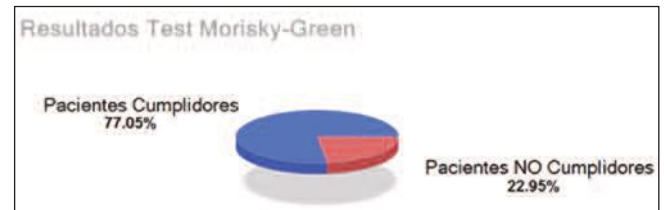
(*) Ej: Tras varios días con valores normales de glucemia, no se administra insulina, no toma el ADO pautado o ambas cosas.

(**) Ej: En caso de hipoglucemia, no se administra insulina, no toma el ADO pautado o ambas cosas.

TEST MORISKY-GREEN	SI	%	NO	%
¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?	2	3.28%	59	96.72%
¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	60	98.36%	1	1.64%
Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación	8	13.11%	53	86.89%
Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?	14	22.95%	47	77.05%

TABLA-2

Pacientes considerados cumplidores (responden correctamente a las cuatro preguntas) son 47 (77.05%) frente a 14 (22.95%) que han respondido incorrectamente a alguna de las preguntas del test.



Determinaciones Analíticas:

A cada paciente se le realizó una determinación de hemoglobina glicosilada (HbA1c) inicial para el estudio la cual se registra en historia clínica.

Intervención:

Cada paciente fue citado de forma individualizada en la consulta de enfermería "Seguimiento Programa" para su entrenamiento adecuado en el uso y ajuste de la pauta de insulina glargina según la glucemia basal. Dicho protocolo se encuentra consensuado tanto por las guías clínicas (Ej: SamFyC 2011) (13) como por los facultativos del centro, todas basadas en el algoritmo de Nathan et al. (14).



Protocolo de Ajuste de Dosis:

Si Glucemia Basal > 130 mg/dl durante tres (3) días consecutivos = aumentar 2 ui la dosis de insulina basal.

Si Glucemia Basal < 70 mg/dl = bajar 2 ui la dosis de insulina basal.

Si Glucemia Basal está entre 70 mg/dl y 130 mg/dl mantener la misma dosis.

A los cinco meses del entrenamiento efectuado en consulta "Seguimiento Programa" por parte de enfermería se volvió a realizar una nueva determinación analítica de HbA1c a cada paciente del estudio, además de un nuevo test para valorar los conocimientos sobre el uso y ajuste de dosificación de la insulina glargina.

Mini Test Final:

- ¿El paciente ha modificado el número de u.i de insulina que se administraba (número de U.I al inicio diferente al número de U.I final)?

Sí 55 (90,16%)
No 6 (9,84%)

- ¿Si VD. tiene más de 130 de azúcar ... Cuantas unidades se administra?

Acierto con respecto a protocolo: 53 (86,89%)
Fallo con respecto a protocolo: 8 (13,11%)

- ¿Si VD. tiene menos de 70 de azúcar ... Cuantas unidades se administra?

Acierto con respecto a protocolo: 54 (88,52%)
Fallo con respecto a protocolo: 7 (11,48%)

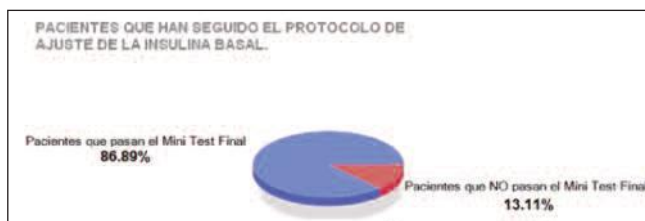
(Consideramos TEST APROBADO si contesta adecuadamente a las tres preguntas.)

MINI TEST FINAL	SI	%	NO	%
¿El paciente ha modificado el número de u.i de insulina que se administraba (número de U.I al inicio diferente al número de U.I final)?	55	90.16%	6	9.84%
¿Si VD. tiene más de 130 de azúcar ! Cuantas unidades se administra?	53	86.89%	8	13.11%
¿Si VD. tiene menos de 70 de azúcar ! Cuantas unidades se administra?	54	88.52%	7	11.48%

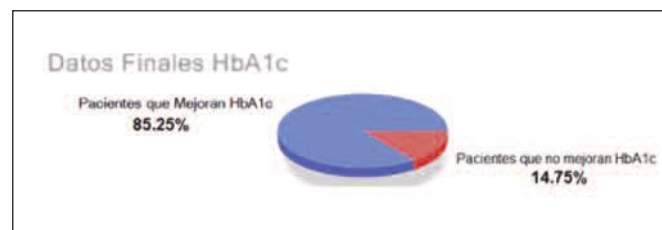
TABLA-3

RESULTADOS:

De los pacientes incluidos en el estudio, el 86,89% (53 pacientes) han contestado adecuadamente el mini test final (pacientes que han seguido la pauta de ajuste de la insulina basal según protocolo) mientras que el 13,11% (8 pacientes) han fallado algunas preguntas del test (pacientes que NO han



seguido el ajuste de la insulina basal según protocolo). De los pacientes que han finalizado el estudio, el 85,25% (52 pacientes) tuvieron un acercamiento a las cifras objetivo de su HbA1c o las mantuvieron dentro del rango terapéutico. De estos pacientes que han mejorado sus cifras de HbA1c, el 98,11% han sido pacientes que habiendo recibido el entrenamiento en el ajuste de la dosis de la insulina Glargina han respondido correctamente el mini test final. El 14,75% de los pacientes que realizaron el estudio tuvo un empeoramiento de sus cifras de HbA1c.



CONCLUSIONES:

Evaluando los datos ofrecidos por el estudio analítico, queda comprobado que un correcto cumplimiento terapéutico, o sea, un adecuado adiestramiento sobre el ajuste de la dosificación, la monitorización según las principales guías de práctica clínica y el control del tratamiento con insulina glargina mejora los índices de HbA1c en los pacientes con diabetes. Esta mejora en las cifras de HbA1c indica por consiguiente que las cifras glucémicas promedio de los pacientes tratados con insulina glargina están más cerca de las cifras objetivo y en mejor disposición para prevenir la aparición de complicaciones crónicas.

Es de vital importancia dentro de la atención primaria de salud el buen control de las cifras glucémicas de los pacientes que sufren Diabetes Mellitus ya que así se disminuyen determinantemente las complicaciones derivadas de la misma. Además, el manejo adecuado de los pacientes en tratamiento con insulina glargina es uno de los factores para una disminución del gasto sanitario debido a la disminución de la frecuentación clínica y de los procesos asociados de complicaciones derivadas de la Diabetes Mellitus (16).

Una de las principales funciones de los profesionales de enfermería dentro de la atención primaria de salud es el velar por el correcto cumplimiento terapéutico por parte de los



pacientes con enfermedades crónicas. Queda demostrado que la intervención enfermera dentro de la consulta “Seguimiento Programa” para con el paciente con diabetes es de vital

importancia para conseguir los objetivos terapéuticos pautados.

BIBLIOGRAFÍA

- Ficha técnica de la Agencia Europea del Medicamento (EMA) sobre la Insulina Glargina Lantus®.
http://www.ema.europa.eu/docs/es_ES/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/000284/WC500036082.pdf.- II Plan Integral de Diabetes de Andalucía 2009-2013. Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía.
<http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/pidma2.pdf>
- 2.- Kripalani S, Yao X, Haynes B. Interventions to enhance medication adherence in chronic medical conditions. *Arch Intern Med.* 2007;167:540-550.
 - 3.- Palop Larrea V, Martínez Mir I. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. *Inf Ter Sist Nac Salud.* 2004;28:113-120.
 - 4.- Adherence to Long-term Therapies: Evidence for Action, WHO 2003, ISBN 92 4 154599 2 disponible en:
<http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4883e/s4883e.pdf>.
 - 5.- F.J. Ampudia-Blasco, J. Rosenstock. Estrategias de insulinización en la diabetes mellitus tipo 2. *Avances en Diabetología* 2008; 24(1):7-20.
 - 6.- Davies M, Storms F, Shutler S, Bianchi-Biscay M, Gomis R, for the AT.LANTUS Study Group. Improvement of glycemic control in subjects with poorly controlled type 2 diabetes. Comparison of two treatment algorithms using insulin glargine. *Diabetes Care.* 2005;28:1282-8.
 - 7.- Tanenberg R, Stewart J, Zisman A. Glycemia optimization treatment (GOT): glycemic control and rate of severe hypoglycemia for 5 different dosing algorithms of insulin glargine (GLAR) in patients with type 2 diabetes mellitus (T2DM). *Diabetologia.* 2006;49 Suppl 1:601-2.
 - 8.- Riddle MC, Rosenstock J, Gerich J, on behalf of the Insulin Glargine

- 4002 Study investigators. The treat-to-target trial: randomized addition of glargine or human NPH insulin to oral therapy of type 2 diabetic patients. *Diabetes Care.* 2003; 26:3080-6.
- 9.- Guía NICE de diabetes tipo 2. Disponible en:
<http://www.nice.org.uk/CG66> y <http://publications.nice.org.uk/type-2-diabetes-cg87>
- 10.- Guía ADA de tratamiento de la diabetes tipo 2. Disponible en:
http://care.diabetesjournals.org/content/36/Supplement_1
- 11.- Matthew C., Rosenstock J., Gerich j., The treat to target trial. *Diabetes Care* 2003; 26 (11):3080-86.
- 12.- Riddle MC, Rosenstock J, Gerich J, on behalf of the Insulin Glargine 4002 Study investigators. The treat-to-target trial: randomized addition of glargine or human NPH insulin to oral therapy of type 2 diabetic patients. *Diabetes Care.* 2003; 26:3080-6.
- 13.- Guía SamFyC para la insulinización y ajuste del tratamiento. Disponible en:
<http://www.grupodiabetessamfyc.es/index.php/guia-clinica/guia-clinica/tratamiento/tratamiento-insulina/296.html>
- 14.- Nathan DM, Buse JB, Davidson MB, Ferrannini E, Holman RR, Sherwin R, et al. Medical management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a consensus algorithm for the initiation and adjustment of therapy: a consensus statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. *Diabetes Care* 2009;32:193-203.
- 15.- Morisky DE, Green LW, Levine DM: Concurrent and predictive validity of self-reported measure of medication compliance. *Med Care* 1986; 24: 67-74.
- 16.- F. Álvarez Guisasola. Análisis de costes del tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 con insulina glargina o detemir. *Av. Diabetol.* 2010;26(6):430-435 vol. 26 N°6 Noviembre – Diciembre 2010.

ANEXO

Diagnósticos de enfermería asociados al proceso DIABETES:

00001	DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL: ingesta superior a las necesidades.	NOC	2300 Nivel de glucemia. 2111 Severidad de la hiperglucemia. 2113 Severidad de la hipoglucemia. 1619 Autocontrol: diabetes. 1623 Conducta de cumplimiento: medicación prescrita.
NOC:	1008 Estado nutricional: Ingesta alimentaria y de líquidos. 1004 Estado nutricional. 1621 Conducta de adhesión: dieta saludable		
NIC:	1160 Monitorización nutricional. 1120 Terapia nutricional. 5510 Educación para la salud. 5246 Asesoramiento nutricional.	NIC	2120 Manejo de la hiperglucemia. 2130 Manejo de la hipoglucemia. 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos. 2380 Manejo de la medicación
00126	CONOCIMIENTOS DEFICIENTES	00029	DISMINUCIÓN DEL GASTO CARDIACO (por alteración de la postcarga)
NOC:	1811 Conocimiento: actividad prescrita. 1820 Conocimiento: control de la diabetes. 1802 Conocimiento: dieta prescrita. 1813 Conocimiento: régimen terapéutico.	NOC	400 Efectividad de la bomba cardiaca. 401 Estado circulatorio. 407 Perfusión tisular periférica.
NIC:	5606 Enseñanza individual. 5618 Enseñanza: procedimiento/tratamiento. 5614 Enseñanza: dieta prescrita. 2380 Manejo de la medicación.	NIC	4040 Cuidados cardiacos. 2300 Administración de medicación 4066 Cuidados circulatorios: insuficiencia venosa. 2380 Manejo de la medicación
00027	DEFICIT DE VOLUMEN DE LIQUIDOS (derivado de la poliuria).	00204	PERFUSIÓN TISULAR PERIFÉRICA INEFICAZ
NOC	601 Equilibrio hídrico. 0503 Eliminación urinaria.	NOC	407 Perfusión tisular periférica. 401 Estado circulatorio. 2400 Función sensitiva: táctil. 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas. 1820 Conocimiento: control de la diabetes.
NIC:	4120 Manejo de líquidos. 4230 Monitorización de líquidos.		
00146	ANSIEDAD	NIC	2660 Manejo de la sensibilidad periférica alterada. 3590 Vigilancia de la piel. 1660 Cuidados de los pies.
NOC	1211 Nivel de ansiedad. 1302 Afrontamiento de problemas 1300 Aceptación: estado de salud.	00078	MANEJO INEFECTIVO DEL REGIMEN TERAPEUTICO
NIC	5820 Disminución de la ansiedad. 5230 Mejorar el afrontamiento. 5270 Apoyo emocional. 5606 Enseñanza individual.	NOC	1601 Conducta de cumplimiento.
00047	RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA	NIC	4360 Modificación de la conducta. 4420 Acuerdo con el paciente. 4480 Facilitar la autorresponsabilidad. 5230 Aumentar el afrontamiento 5240 Asesoramiento.
NOC	1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas. 1902 Control del riesgo 1908 Detección del riesgo. 407 Perfusión tisular periférica.	00079	INCUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO
NIC	3590 Vigilancia de la piel. 4062 Cuidados circulatorios: insuficiencia arterial. 4066 Cuidados circulatorios: insuficiencia venosa. 1660 Cuidado de los pies.	NOC	1601 Conducta de cumplimiento. 1623 Conducta de cumplimiento: medicación prescrita.
00179	RIESGO DE NIVEL DE GLUCEMIA INESTABLE.	NIC	4410 Establecimiento de objetivos comunes. 7400 Orientación en el sistema sanitario. 5240 Asesoramiento. 5510 Educación para la salud.

RECONOCIMIENTO A LA UNIDAD DE INFECCIOSOS DE HUELVA

- **El Premio "Best in Class" respalda la atención que dispensa a los pacientes VIH/SIDA.**

Huelva.- Redacción

La Unidad de enfermedades infecciosas del Complejo Hospitalario de Huelva se ha situado entre las cinco mejores de España dentro de la modalidad de atención al paciente conforme al reconocimiento concedido con los Premios "Best in Class", por el que el personal de esta Unidad hospitalaria ve elogiada su labor en el apartado de Mejor atención al paciente VIH/SIDA. Los Premios "Best in Class" son de ámbito nacional y a ellos concurren Unidades específicas tanto de la sanidad pública como privada, en busca de respaldo al conjunto de actuaciones en torno a la detección precoz, la asistencia al paciente y la investigación que mejore el abordaje a estos enfermos.

Los Premios "Best in Class" son una iniciativa que promueve la Gaceta Médica y la Cátedra de Innovación y Gestión sanitaria de la Universidad Rey Juan Carlos I de Madrid, con el objetivo de reconocer públicamente a los mejores hospitales y Unidades sanitarias de este ámbito en España que, persiguen las mayores cotas de excelencia en la atención a sus pacientes. En esta XI edición de los "Best in Class", la Unidad de enfermedades Infecciosas del Complejo de Huelva ha vuelto a tener protagonismo, y además por tercer año consecutivo, al ver reforzados sus trabajos en la implantación de numerosos proyectos y esfuerzos realizados por sus profesionales a lo largo de los dos últimos años impulsando nuevas estrategias

En la Unidad de enfermedades Infecciosas de Huelva trabajan un total de 32 profesionales, médicos, enfermería y administrativo. En la concesión del premio se ha tenido en cuenta su trayectoria a lo largo de los años donde ha sido pionera en muchas facetas entre ellas el programa para la recuperación del paciente con infección VIH para favorecer la adherencia al tratamiento así como la búsqueda activa y precoz de personas víctimas con nuevo diagnóstico al fin de mejorar la calidad de vida de los afectados en la provincia onubense. La citada Unidad de Infecciosos lleva años, desde su creación, apostando por la innovación y el conocimiento y lidera, desde el 2000, un prestigioso equipo de investigación formado por 24 hospitales de toda España y que ha participado en numerosos estudios relacionados con la atención del VIH/SIDA.



Nuevo respaldo a la Unidad

PROPAGACION

Durante el año 2015, la Unidad de Huelva llevo a cabo mas de 3.200 consultas dedicadas en exclusiva a las víctimas de esta patología, de las cuales 800 del Centro Penitenciario de nuestra ciudad lo cual, como ha ratificado la administración regional, "ha permitido mantener al 95% de los casos diagnosticados con la carga viral suprimida" y con ello se puedan reducir las posibilidades de extensión de la enfermedad, siendo éste uno de los objetivos fundamentales que preconizan las principales organizaciones sanitaria a nivel mundial. Al mismo tiempo, la Unidad extiende su radio de actuación al tratamiento de otras enfermedades infecciosas prevalentes abordando nuevas líneas de colaboración como las mantenidas con asociaciones y ONGs durante la última década con el horizonte de reforzar la atención a los pacientes en situación de exclusión social que tienen mermadas sus posibilidades de recibir asistencia sanitaria digamos, normalizada y que, a su vez, puedan ser foco de propagación de la enfermedad.

En las nuevas líneas de trabajo, el personal de la Unidad aboga por el uso de tratamientos con antirretrovirales como forma de prevención, reduciendo la carga viral en la sangre y, por ello, la capacidad de contagio de las personas ya infectadas. En base a esto, la Unidad entiende que ha sido "fundamental no solo incrementar las actuaciones dirigidas a detectar al 30% de las personas infectadas que, se estima, aún no conocen su condición lo que, merced "a los nuevos avances terapéuticos, se logra reducir la carga viral a niveles tan bajos que hagan prácticamente inviable el contagio y, por tanto, la aparición de nuevos casos". El Premio "Best in Class" se une a anteriores reconocimientos logrados por el personal de la Unidad de enfermedades Infecciosas, tales como la Medalla al Mérito Civil Penitenciario concedida por el Ministerio del Interior y la distinción Huelva-Junta del Día de Andalucía. El Colegio Oficial de Enfermería ha expresado su felicitación y aliento al conjunto de profesionales de la Unidad y muy en particular a la enfermería por su importante contribución al conjunto de acciones en beneficio de estos pacientes".

ENFERMERAS DE HUELVA SE FORMAN EN EL PROCESO DE LA DONACIÓN DE ÓRGANOS

Huelva.- Redacción



Cerca de 200 profesionales sanitarios de Huelva han seguido un plan de formación para avanzar conocer los métodos que propicien la donación de órganos y tejidos. Durante siete ediciones del programa a cargo de la Coordinación sectorial de Trasplantes de Sevilla-Huelva los participantes, personal médico, de enfermería y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, han podido profundizar en los capítulos mas frecuentes que se viven en el trabajo cotidiano mediante el cual, y a través de un nada fácil proceso, se llega a consumir el trasplante y la posibilidad de una nueva oportunidad de vida para el paciente receptor.

La Coordinación sectorial de Trasplantes de Sevilla-Huelva ha impartido a lo largo de los últimos meses, en concreto desde el pasado mes de marzo, un total de siete cursos dirigidos a distintos colectivos del ámbito sanitario con el objetivo de dar a conocer las nociones básicas, actualizaciones e innovaciones que tienen relación directa con el proceso de donación y trasplante de órganos y tejidos. La Coordinación autonómica, por su parte, ha garantizado su proceso de acreditación para los cerca de 200 participantes-alumnos. Enfermería ha representado un sector importante en este contexto pues no en balde han sido 89 los diplomados universitarios los que se han formado en estas técnicas junto a 74 médicos especialistas así como de otras categorías como, por

ejemplo, los técnicos de cuidados auxiliares de enfermería.

Urgencias, críticos

Cada uno de los siete cursos que abarcó el programa ha supuesto para sus protagonistas, según dio a conocer el SAS, "la posibilidad de profundizar en algunos temas de manejo mas frecuente en la práctica sanitaria habitual. Sea la donación de órganos de pacientes en muerte encefálica como también han permitido introducir a la gran mayoría de los profesionales en temas mas novedosos como la donación de pacientes en asistolia o a corazón parado". También se ha asistido a otros frentes relacionados con la donación de tejidos, la detección de potenciales donantes en los servicios de Urgencias hospitalarios, en Unidades de Críticos y otras áreas del hospital.

Otra parte esencial de las enseñanzas impartidas en estos cursos han girado en torno a la revisión y análisis de los aspectos humanos en este singular contexto sanitario: la comunicación de malas noticias, auténtica piedra angular y, a su vez, momento fundamental para que la familia llegue a aceptar y dé su conformidad para practicar una donación que llegue a desembocar en la salvación de la vida del receptor. Con estas actuaciones, los integrantes de la Coordinación sectorial de Trasplantes de las provincias de Sevilla-Huelva dan un paso mas en el objetivo

► **La solidaridad de las familias y la implicación del personal, claves para avanzar en los complejos procesos que facilitan una nueva oportunidad de vida.**

fundamental para conseguir que un mayor porcentaje del personal sanitario, con enfermería en una clara vocación de servicio, disponga los conocimientos necesarios a partir de que se encuentren "sensibilizados" ante estos asuntos de las donaciones y trasplantes de órganos y tejidos.

Desde los distintos equipos de Trasplantes se entiende que la alerta precoz y la mejor atención a los familiares directos son factores claves para que todo el proceso de la donación se haga lo mas sencillo y viable posible. Porque si bien la solidaridad de la familia del donante es el punto de partida ineludible, la implicación de los profesionales que trabajan en este ámbito sanitario resulta imprescindible para ayudar al cada vez mayor número de enfermos que viven a la espera de recibir un órgano o tejido que les permita recuperar y mejorar su estado vital.



Calen



Enero						
L	M	Mi	J	V	S	D
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

Febrero						
L	M	Mi	J	V	S	D
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28					

Marzo						
L	M	Mi	J	V	S	D
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

Julio						
L	M	Mi	J	V	S	D
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

Agosto						
L	M	Mi	J	V	S	D
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

Septiembre						
L	M	Mi	J	V	S	D
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	



Calendario 2017

ILUSTRE COLEGIO
OFICIAL DE
ENFERMERÍA
DE HUELVA



Abril						
L	M	Mi	J	V	S	D
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

Mayo						
L	M	Mi	J	V	S	D
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

Junio						
L	M	Mi	J	V	S	D
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30		

Octubre						
L	M	Mi	J	V	S	D
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

Noviembre						
L	M	Mi	J	V	S	D
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

Diciembre						
L	M	Mi	J	V	S	D
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31





DESCUBRA NUESTRAS
**COBERTURAS
EXCLUSIVAS**
PENSADAS
PARA USTED
Y SU HOGAR

Hasta un

25%*
dto.

en su **Seguro de Hogar**

LA LLAVE DE LA SEGURIDAD DE SU CASA

- ✓ MANITAS DEL HOGAR
- ✓ MANITAS DE ASISTENCIA
- ✓ MANITAS TECNOLÓGICO
- ✓ ASISTENCIA INFORMÁTICA



LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

www.amaseguros.com
902 30 30 10

A.M.A. HUELVA

Palos de la Frontera, 17 Tel. 959 28 17 71 huelva@amaseguros.com

A.M.A. HUELVA (Colegio Médico)

Arcipreste González García, 11; 1º Tel. 959 24 01 87/99

Conocimientos y barreras de los profesionales sanitarios ante la violencia de género

Knowlegne and barriers of the sanitary professionals before the violence of kind

Autores:

- ▶ ANA M^a MACÍAS VAZ
- ▶ N^o COLEGIADA: 4319
- ▶ CENTRO DE TRABAJO: DISTRITO SANITARIO CONDADO-CAMPIÑA.

▶ RESUMEN

Los profesionales sanitarios, y en especial la enfermería, desempeñan un papel importante en la detección y actuación de la violencia de género, ya que son el primer contacto con las víctimas tanto en la atención especializada como en primaria, donde establecen amplia relación de confianza y conocen de forma integral a las pacientes.

Objetivo: identificar el nivel de conocimientos de los profesionales sanitarios sobre violencia de género, así como, las principales barreras que éstos manifiestan a la hora de detectar un caso de violencia de género.

Diseño del estudio: Revisión bibliográfica a través de consultas en bases de datos como Medline, Cinahl, Cuiden, Scielo y Cochrane plus.

Resultados: Se encontraron un total de 30 artículos, donde se reflejaron como datos característicos, que las principales barreras que manifiestan los profesionales sanitarios a la hora de detectar un caso de violencia de género son: la escasa formación sobre el tema, la ausencia de protocolos de actuación, la elevada presión asistencial o la falta de tiempo, la inhabilitación de espacios físicos destinados a este fin y la ausencia de profesionales de otras disciplinas las 24 horas (16). Basándonos en la formación se muestra que, más de la mitad del personal sanitario el 68,7%, no recibe formación por parte de la empresa en violencia de género, sólo un 18,2% realiza algún tipo de formación por iniciativa propia (20).

Conclusiones: sería importante aumentar el nivel de conocimiento con respecto al tema de estudio con el fin de conseguir una mayor sensibilidad y mejorar, por tanto, las actuaciones y la detección de mujeres maltratadas.

▶ **PALABRAS CLAVE:** Violencia contra la mujer; profesional sanitario; conocimiento y prácticas en salud; barreras.

▶ ABSTRACTS

Health professionals, especially the nurses, they play a role importantly in the detection and action before violence of kind, as they are the first contact with the victims so much in the attention specialized like in the primary care, where they establish wide relation of confidence.

Objective: To identify the level of knowledge of the sanitary professionals on violence of kind, this way like, the principal barriers that these demonstrate at the moment of detecting a case of violence of kind.

Methodology: Revision bibliographical in databases as Medline, Cinahl, Cuiden, Scielo y Cochrane plus.

Results: A total of 30 items which were reflected as characteristic data found, the principal barriers that the sanitary professionals show to detect a case of violence of kind are: her scanty formation on the topic, the absence of protocols of action, the high welfare pressure or the lack of time, the incapacitation of physical spaces destined for this end and the professionals absence of other disciplines 24 hours (16).

In reference to the formation it appears that , more than the half of the sanitary personnel does not receive formation in violence of kind on the part of the company, only 18,2% realizes some type of formation on own initiative.

Conclusions: It would turn out important to increase the level of knowledge with regard to the topic of study, in order to obtain a major sensibility and to improve therefore, the actions and the battered women's detection.

▶ **KEY WORDS:** Violence against the woman, sanitary professional, knowledge and practices in health, barriers.

INTRODUCCIÓN

Históricamente, la violencia de género es uno de los problemas más antiguos de la humanidad, su erradicación total parece alargarse en el tiempo (1). De manera silenciosa y oculta, los malos tratos han formado parte de la vida cotidiana a lo largo de la historia (2).

Según la Asamblea General de Naciones Unidas se considera violencia de género a:

«Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada» (Resolución de la Asamblea General de Naciones Unidas de 1993).

En España, Ruiz Pérez et al (2006), en su estudio sobre variabilidad geográfica de la violencia de género, reseña que el 24,8% de las mujeres participantes habían sufrido malos tratos alguna vez en su vida. La violencia de género es la primera causa de pérdida de años de vida en las mujeres de 15 y 44 años (3,4). Además, Según datos de la OMS, se estima que a nivel mundial aproximadamente el 35% han sido víctimas de violencia física y sexual (5).

En nuestro país, en los últimos 3 años según datos del Instituto Nacional de estadística y del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad, se han producido un total de 162 víctimas mortales por violencia de género; en 2012 fueron 52 víctimas de las cuales denunciaron el 19,2%, en 2013 un total de 54 y denunciaron 20,4%, en 2014 un total de 53 y denunciaron 32,1% y, 3 en lo que va de año, en la cual sólo hubo 1 denuncia (33,3%). Siendo la última víctima el caso de Ronda (Málaga), en fecha 4 de febrero del 2015. De estos datos estadísticos, resulta de interés resaltar que las comunidades autónomas con mayor número de víctimas por maltrato fueron Andalucía y Cataluña, seguidas de Madrid y Comunidad Valenciana y, en aquellas Comunidades en las que no se registro ningún dato de violencia fueron Ceuta y La Rioja (6).

Teniendo en cuenta que la violencia de género es un problema prevalente en la salud de la víctima y su entorno (7), juegan un papel fundamental los profesionales sanitarios ante la detección precoz de violencia en las mujeres (8,9). En la ley 13/2007, de 26 de Noviembre, de prevención y protección integral contra la violencia de género, se dedica en el capítulo V del título I, la formación de diferentes profesionales de la administración pública de Andalucía, donde señala que los planes y programas de salud deben incluir la formación del personal, para abordar de forma adecuada la detección precoz, la atención a la violencia de género en sus múltiples manifestaciones y sus efectos en la salud de las mujeres, la rehabilitación de esta, y la atención de los grupos de mujeres con especiales dificultades. Dicha formación se dirigirá prioritariamente a los servicios de atención primaria y atención especializada, con mayor relevancia para la salud de mujeres (10)

Por todo ello, consideramos que el personal sanitario debe poseer una formación específica en esta materia, ya que es el pri-

mer receptor de las mujeres sometidas a algún tipo de maltrato, y el aumentar el nivel de conocimientos de éstos, les proporcionaría una mayor sensibilización ante la violencia de género, con lo que se conseguiría un mayor número de detecciones de mujeres maltratadas (11, 12, 13,14). Así, nuestro principal objetivo es identificar el nivel de conocimientos de los profesionales sanitarios sobre violencia de género, así como las principales barreras que los profesionales sanitarios manifiestan a la hora de detectar un caso de violencia de género.

MATERIAL Y MÉTODO

El estudio se ha basado en una revisión bibliográfica de la mejor evidencia científica sobre el conocimiento sanitario ante la violencia de género. Se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos Medline, Cinahl, Cuiden, Scielo y Cochrane plus hasta Marzo de 2015, empleándose una serie de palabras claves, tales como: Violencia contra la mujer; profesional sanitario; conocimiento y prácticas en salud.

De la búsqueda se encontraron un total de 30 artículos actuales. La selección de los artículos se hizo en base a la pertinencia respecto al tema y los objetivos propuestos y se utilizó programa Caspe (2008) (15), el cual nos permitió la selección concreta de 15 artículos que cumplían los objetivos de la revisión, la validez metodológica y la calidad científica determinada.

RESULTADOS

Según la bibliografía consultada, los profesionales sanitarios son un eje fundamental para la detección precoz de violencia en las mujeres, las cuales, a causa de los malos tratos presentan más problemas crónicos de salud tanto a nivel personal como familiar (16, 17,18).

Sin embargo, Castillo RS et al (2002), en su estudio refleja que las tasas de detección de violencia de género siguen siendo bajas, más del 70% de casos son invisibles ante los ojos de los sanitarios. En referencia a lo anterior, en un estudio de Ruiz Navarro MG (2011) se muestra que las principales barreras que manifiestan los profesionales sanitarios a la hora de detectar un caso de violencia de género son: la escasa formación sobre el tema, la ausencia de protocolos de actuación, la elevada presión asistencial o la falta de tiempo, la inhabilitación de espacios físicos destinados a este fin y la ausencia de profesionales de otras disciplinas las 24 horas. Además, se reconoce como impedimentos para un diagnóstico precoz y una eficaz actuación las falsas creencias y los pensamientos distorsionados de los profesionales de la salud (17), ya que el 58,2% de los profesionales sanitarios cree que el maltrato físico de las mujeres se asocia con las clases sociales más bajas, mientras que el 78,2% creen que las víctimas eran mujeres sin educación, amas de casa o extranjeras y el 67,6% cree que los agresores eran alcohólicos.

Centrándonos en la formación de los profesionales sanitarios, más de la mitad del personal sanitario el 68,7%, dijo no haber recibido formación por parte de la empresa en violencia de género y solo el 18,2% realizado algún tipo de formación por iniciativa propia (20).

En otro estudio sobre la necesidad de formación, se comprueba que el 80% de los profesionales consideraba necesario para su trabajo formarse en este campo; sin embargo, el 20% estaba en desacuerdo. Por otra parte, el 42,8% se sentía capacitado para intervenir en casos de violencia de género, a diferencia del 37,1% que no lo creía así (21)

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En la actualidad la violencia de género continúa siendo un grave problema social y sanitario. Sin embargo, la mayoría de los profesionales refiere tener poco conocimiento al respecto, así como, falta de sensibilización. Se han identificado una serie de barreras que obstaculizan la detección precoz ante un caso de violencia, mermando así la calidad asistencial a las víctimas.

Por otra parte, se evidencia una amplia preocupación por la violencia de género desde el Sistema Nacional de Salud en todos sus niveles, pero en base a los resultados obtenidos,

queda claro que quedaría mucho por hacer. Teniendo en cuenta, que siguen existiendo lagunas importantes que limitan el seguimiento ante este problema, resultaría de interés en futuras investigaciones plantearse por qué los profesionales sanitarios siguen mostrando carencias tanto en el conocimiento como en recursos para afrontar estas situaciones.



Para concluir, sería interesante capacitar a los profesionales de la salud en el desarrollo de actuaciones orientadas a identificar el problema y recursos disponibles para ello, con atención integral y de calidad en la difusión de las estrategias actualmente disponibles.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aretio Romero A. Aspectos éticos de la denuncia profesional de la violencia contra las mujeres. *GacSanit.* (Internet) 2007(citado 2013 Mzo 28); 21(4):273-7.
2. Carrillero López S, Martínez Díaz JM, Flores Bienert MD. Aproximación teórica del profesional enfermero a los dispositivos legales para afrontar la violencia de género. *Enfermglob.* (Internet) 2012 (citado 2013 Abr.2); 27:430-45.
3. Organización Mundial de la Salud (sede web) Ginebra: OMS; Noviembre de 2012 (acceso febrero 2015) Centro de prensa: violencia contra la mujer .Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/index.html>
4. Organización Mundial de la Salud. Estudio multipais de las OMS sobre la salud de la mujer y violencia doméstica [Internet]. Ginebra: OMS; 2005 [acceso febrero 2015]. Disponible en: http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summaryreportspanishlow.pdf.
5. OMS. Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud; 2013. [Citado 2015 Feb 09]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85243/1/WHO_RHR_HRP_13.06_spa.pdf
6. INE. Víctimas Mortales por Violencia de Género. [Internet] 2015 [citado 2015 feb 9]. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/portalEstadistico/docs/VMortales_2015_06_02.pdf
7. LiqueeteBriffel TM, Moyano Mora P, Martínez Laguna I, Fajardo Trujillo M, Domínguez Martínez A. Violencia doméstica, abordaje enfermero. *Metas enferm.*2005; 8 (7):10-16.
8. Montero I, Ruiz-Perez I, Martín Baena D, Talavera M, EscribàAgüir V, Vives Cases C. Violence against women from different relationship contexts and health care utilization in Spain. *Womens Health Issues.* 2011; 21(5):400-6.
9. Vives Cases C, Ruiz Cantero MT, EscribàAgüir V, Miralles JJ. The effect of intimate partner violence and other forms of violence against women on health. *J PublicHealth.* 2011; 33(1):15-21.
10. La Ley 13/2007, de 26 de noviembre, de Medidas de Prevención y Protección Integral contra la Violencia de Género (BOJA nº 247, de 18 de diciembre de 2007). Recuperado de: <http://www.juntadeandalucia.es/boja/2007/247/2>
11. Castillo RS, López EP, Huertas JA, Urbano CA, Gallo AR, Molina MM. Violencias domésticas y profesionales sanitarios: conocimientos, opiniones y barreras para la infradetección. *Emergencias.* 2002; 14:224-32.
12. Arredondo Provecho AB, Del Pliego Pilo G, Nadal Rubio M, Roy Rodríguez R. Conocimientos y opiniones de los profesionales de la salud de atención especializada acerca de la violencia de género. *Enfermclín* (Internet) 2008 citado 2013 Mzo.29); 18(4):175-82.
13. Ferrer Pérez VA, Fiol EB, Ramis C. La formación de los/as profesionales de la salud para afrontar la violencia contra las mujeres en la pareja. *Clínica y Salud.* 2008; 19(1):59-81.
14. Barandela MAL, Alonso ER, Feijóo C, Zorelle AP, Montes BO, Gómez B. Conocimientos y actitudes de los profesionales de urgencias sobre la violencia de género. *Enfermurg.* (Internet) 2010 (citado 2013 Mzo.29); 2(7): 36-45.
15. CASPe. CriticalAppraisalSkillProgramme. Herramientas para la lectura crítica.2008.
16. Ruiz Navarro MG. ¿Somos los profesionales sanitarios una barrera para la detección de la violencia de género? *Enferm. Integral.* (Internet) 2011 (citado 2013 Mzo.28); 93:8-14.
17. Arredondo Provecho AB, Del Pliego Pilo G, Nadal Rubio M, Roy Rodríguez R. Conocimientos y opiniones de los profesionales de la salud de atención especializada acerca de la violencia de género. *Enfermclín* (Internet) 2008 citado 2013 Mzo. (29); 18(4):175-82.
18. Eberhard Gran M, Schei B, EskildA.Somatic Symptoms and Diseases are more Common in Women Exposed to Violence. *J Gen Intern Med.*2007; 22(12): 1668-73.
19. Castillo RS, López EP, Huertas JA, Urbano CA, Gallo AR, Molina MM. Violencias domésticas y profesionales sanitarios: conocimientos, opiniones y barreras para la infradetección. *Emergencias.* 2002; 14:224-32.
20. Matud MP, Matud MT, Delgado, R. El personal sanitario ante la violencia de género. *Clepsydra.*2009; 8:139-155.
21. BelzuncesLacueva, C (2009). Análisis del conocimiento sobre violencia de género en las enfermeras de atención primaria del sector sanitario Zaragoza II. Trabajo Fin de Grado. Zaragoza: Universidad de Zaragoza.Facultad de Ciencias de la Salud.

CONGRESO INTERNACIONAL 2017, HISTORIA DE LA PROFESIÓN

Huelva.- Redacción

El calendario sigue acortando los tiempos. La cita del 27 de mayo en Barcelona para que se haga realidad el Congreso Internacional de Enfermería está cada vez mas cerca y, con ello, la posibilidad de vivir en directo el acontecimiento que, cada cuatro años, permite la reunión, contraste e intercambio de conocimientos a las enfermeras de los cinco continentes. A tal efecto, la Organización Colegial de enfermería española ha dispuesto para el colectivo nacional una serie de ventajas con la finalidad de que la asistencia tenga los mayores alicientes en forma de importantes descuentos en hoteles y transporte gratuito por la Ciudad Condal.

El próximo 27 de mayo y hasta el 1 de junio, la profesión se reúne en torno al Congreso Internacional de enfermería bajo un lema que supone toda una declaración de principios: "Las enfermeras a la vanguardia mejorando los cuidados". El Colegio de Huelva, conforme viene haciendo tanto en anteriores ediciones de DOCUMENTOS... como en su pagina web, continua dando información sobre la gran cita profesional al objeto de que nadie de la enfermería provincial se quede sin tomar parte en un evento que va condensar toda una atrayente lista de sesiones (plenarias y principales) conferencias, y ponencias de rango magistral y un largo etcétera de contenidos. y actualizaciones que, sin duda, marcarán el rumbo y destino de nuestra actividad.

A tal efecto, el Consejo General de España anuncia su firme voluntad de ayudar, económicamente hablando, a las colegiadas y colegiados nacionales con una suerte de incentivos que ayuden al viaje hacia tierras catalanas. Así, el Consejo subvenciona la tasa de inscripción con un porcentaje que oscila entre el 40% y 50% de su importe. Unas inscripciones que pueden realizarse desde la web del Congreso (a través de la del Consejo General) y que facilitan no solo la inscripción sino la asistencia a la ceremonia inaugural, la entrada a sesiones y comunicaciones, la exposición de las comunicaciones, póster además de una bolsa de Congreso. Ventajas, a las que hay que sumar el transporte gratuito por la ciudad de Barcelona. Toda la información al respecto se localiza en el propio Consejo General (91 334 55 20) o en el Colegio Oficial de Huelva(959 54 09 04).

Enriquecimiento profesional

Por lo mismo, y cuando aun restan varios meses para el Congreso, están mas que justificadas las palabras del presidente ante del Consejo General, Máximo González Jurado al señalar su confianza para que "la enfermería española esté mas presente que nunca en una cita que tanto va a significar para la profesión de cualquier país, Hay muchas y poderosas razones para confiar en que la enfermería española esté en condiciones de demostrar que somos líderes mundiales en la atención y el cuidado a los pacientes. Vamos a lograr ser el mejor Congreso mundial que jamás haya celebrado el Consejo Internacional



► El Consejo General ofrece importantes subvenciones y descuentos para facilitar la asistencia.

de Enfermeras. Estoy convencido de que va a ser el mejor en numero de asistentes y naciones participantes como en producción científica". Se entiende que, como respuesta al interés que despierta la cita, el propio Consejo haya "bloqueado" casi 6.000 camas en hoteles, albergues y hostales repartidos por la Ciudad Condal.

El Congreso, por otra parte, va a permitir visualizar lo que González Jurado ha catalogado como "una fuente de enriquecimiento profesional, personal y científico en la medida en que compartiremos foros con enfermeras y enfermeros de todas las partes del mundo, conscientes de que nos encontramos a la vanguardia de los cuidados de salud que reciben los ciudadanos en todos los lugares donde exista una enfermera capaz de demostrar su competencia clínica, ética y humana", Y, además, todo ello en presencia de las líderes de la enfermería a nivel mundial en un acontecimiento que, en suma, va a superar en todas las facetas al anterior celebrado en España (Madrid, año 1993) al que asistieron 9.500 profesionales procedentes de 110 naciones. Las previsiones para la cita del 27 de mayo estiman una participación que superará los 15.000 enfermeras(os) llegados desde todos los rincones del mundo.

UNIDAD DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA EN EL COSTA DE LA LUZ

Huelva.- Redacción

El Hospital Costa de la Luz de Huelva ya cuenta con una Unidad Hospitalaria de Reproducción Humana Asistida. Inaugurada el pasado mes de octubre, esta prestación de la sanidad privada onubense para solucionar los problemas de fertilidad ha surgido en palabras del director del centro Eduardo Espinosa "como respuesta a la demanda que día a día nos vienen realizando nuestras pacientes". La Unidad cuenta con la colaboración de Ginemed entidad referente en esa disciplina a nivel nacional e internacional y que esta presente en el Costa de La Luz desde 2013.

La Unidad Hospitalaria de Reproducción humana asistida Costa de la Luz-Ginemed fue inaugurada a finales de octubre y cuenta con un equipo multidisciplinar en el que se integran médicos ginecólogos, andrólogos, enfermeras y embriólogos, vinculados a un moderno laboratorio equipado con la mas avanzada tecnología y de máxima especialización. Ginemed es una prestigiosa entidad presente en este campo que tiene abiertas otras Unidades en Sevilla, Madrid, Valencia y Lisboa. En el acto inaugural de la Unidad estuvieron presentes responsables del Costa de la Luz y Ginemed junto a numerosos profesionales. El director clínico del Hospital, Eduardo Espinosa justificó la creación de este dispositivo para "dar respuesta a la demanda que, día a día, nos realizan nuestras pacientes".



Huelva cuenta con una nueva prestación clínica

El responsable médico de Ginemed, Fernando Sánchez, subrayó que "es una forma de estar mas cerca de nuestras pacientes de la provincia de Huelva ya que en la nueva Unidad Hospitalaria de Reproducción humana asistida Costa de la Luz-Ginemed contamos con las máximas garantías asistenciales tanto en equipamiento como en el equipo humano y en las instalaciones. Fruto de ello -adelantó- son los dos tratamientos ya realizados y en los que hemos conseguido dos embarazos". Por su parte el gerente del Hospital Costa de la Luz, Alejandro García Muriel confirmó que "la puesta en marcha de esta Unidad de Reproducción asistida Humana del Costa de la Luz en colaboración con Ginemed sin lugar a dudas va a ser un referente en la medicina reproductiva de Huelva, lo cual es una gran noticia para nuestras pacientes, para toda Huelva y su área de influencia". La Unidad ofrece una fórmula novedosa en su funcionamiento: la colaboración con cualquier profesional que lo solicite funcionando como un servicio hospitalario mas.

LICITAN EL PROYECTO DE REDACCIÓN DEL CENTRO ISLA CHICA

El futuro centro de Salud de Isla Chica, una demanda social mantenida en el tiempo, puede ser, al fin, una realidad de prosperar lo afirmado con el anuncio por el que la Junta de Andalucía ha abierto el proceso de licitación para la construcción de la futura instalación de atención primaria en uno de los barrios mas densamente poblados de la capital. El presupuesto de licitación asciende a la cantidad de 268.831,08 euros.

La previsión de la consejería de Salud es que, una vez se cumpla con esta primera fase y se lleve a cabo la redacción del proyecto del Centro, es que las obras se inicien en el último trimestre de 2017. La inversión que se ha previsto para la culminación de este Centro de Salud se eleva a un montante aproximado a los dos millones de euros. En un comunicado, la Junta de Andalucía afirmó que el centro de Isla Chica "es una prioridad en tanto en cuanto permitirá mejorar la calidad de la asistencia que se presta a los usuarios residentes en ese barrio".

Según el programa funcional elaborado por el SAS para la futura y esperada infraestructura, la instalación dispondrá de una superficie construida de 2.485 metros cuadrados en los que tendrán cabida el área asistencial con 20 consultas para adultos mas 5 de pediatría y zona de urgencias además de otro espacio para el dispositivo de apoyo que albergaría cirugía menor, odontología y sala para educación sanitaria. El Centro de salud de Isla Chica, que acumula tantas carencias como polémica social, acaba de iniciar una nueva fase en la que tanto los usuarios como los profesionales sanitarios esperan se confirme el carácter de "prioridad" anunciado por el departamento de Salud. El reloj se ha vuelto a poner a cero.

COOPERANTES

► **Autora:** AUTORA: ANA BASTANTE CASTILLO
ENFERMERA COLEGIADA N° 4.112

► Este artículo va dedicado a mi compañero y amigo Rafael Alonso Paredes, el cual hizo posible toda esta aventura.

► RESUMEN

Cooperar requiere una reflexión personal, en la que con total humildad asumes que eres un elemento más que ofrece aquello que tus dos manos puedan hacer altruistamente siempre con el fin de ayudar.

No busca el acto heroico, sólo adaptarnos al nuevo entorno y a lo que éste nos ofrece y recibirlo con muchas ganas de que ello nos haga crecer.

Esas son las actitudes que sin duda hacen que no desperdiciemos nada de lo que una oportunidad así nos brinda.

Aunque la finalidad es ayudar, sin esperar nada a cambio, en mi opinión es el cooperante el ampliamente recompensado.

Es una experiencia totalmente enriquecedora personal y profesionalmente para el que la lleva a cabo.

Es una forma más de hacer humano al hombre. Es aprendizaje sin caducidad que llega a nuestra memoria para quedarse y ser recordado por siempre cada vez que lo deseemos.

► PALABRAS CLAVE:

Iniciativa, equipo, profesionales, ayuda, cooperación, colaboración, aprendizaje personal y personal, humildad, experiencia, superación, humanizar, actitud, crecer, responsabilidad, cultura

Si alguna vez vez pasó por su cabeza la idea de viajar para cooperar como voluntario, le animo sin duda a retomarla. Desempólvenla del rincón de "las cosas que queremos hacer y que probablemente no haremos" y... ¡manos a la obra! Es una experiencia que sin duda le aportará mucho más de lo que a priori imagina.

En mi viaje como cooperante, la ayuda cobró forma entre consultas y quirófanos para tratar todos aquellos problemas relacionados con la traumatología. Era una más de un grupo de profesionales que trabajaban en el campo de la cirugía, ginecología, anestesia, etc.... Sanitarios de distintos puntos de Andalucía cuyo nexo de unión fueron un par de miembros que ya repetían la experiencia y que nos transmitían una y otra vez su contagioso ánimo para hacer la maleta.

Como enfermera, hasta ese momento sólo había coqueteado fugazmente con la idea de cooperar. Quizá aquella idea no hubiese cobrado nunca forma si un respetado traumatólogo, hoy compañero y amigo, no me lo hubiese propuesto.

Llevábamos un tiempo trabajando juntos y no tardamos en darnos cuenta de que formábamos un buen equipo. Fue la suerte de tener cerca a un profesional cargado de ganas e iniciativa lo que hizo que la idea me cautivara. Poco a poco fuimos dándole forma hasta convertirlo en una realidad dos meses después.

El equipaje para esta expedición fue muy diferente a la maleta de mano habitual. Estuvo lleno de idas y venidas de vacunas, acredi-



taciones colegiales y permisos varios para el transporte de material especial. Requirió la dedicación de muchas horas para completarlo minuciosamente, y es que era inaceptable permitirse lo contrario. Pretendíamos realizar pequeñas y grandes intervenciones, y sabíamos que los medios con los que contaríamos allí serían los que llevásemos consigo. Si conocen o pueden imaginarse la marabunta de material que hace falta para la implantación de una prótesis de rodilla o cadera en nuestro mundo desarrollado, imagínense gestionar todo eso para moverlo a 10000 Km.

Yo me encargué en primera persona del equipaje, y me horrorizaba pensar en olvidar algo importante y percatarnos una vez allí, con un paciente en la camilla de quirófano. ¡Nunca hice una maleta con tanta presión!

Fueron dos días de viaje cargados de avión y de escalas, de reclamaciones del material requisado a pesar de los permisos, de horas de jeep por la sabana africana sin el más mínimo vestigio de señal de tráfico alguna (aún no he conseguido comprender cómo aquel chófer conseguía guiarse con éxito en aquella oscuridad de polvo y árboles).

Al lugar al que fuimos se llama Mongola Chini, una región muy pobre de Tanzania donde queda mucho por hacer. Consta de unos 40000 habitantes y el nivel de desarrollo era paupérrimo. Hablamos de un pueblo cuyo sustento proviene de la agricultura y actividad ganadera y que contaba tan sólo con una fuente de agua potable.

Vivíamos en una misión religiosa en el pueblo, cuyos ocupantes habituales eran dos eclesiásticos que llevaban dedicada más de media vida a gestionar todo lo que las ayudas económicas hacen

posible allí. Construyeron colegios, iglesias de distinta índole y el hospital que se convirtió en el centro de nuestra actividad.

La misión era grande, lo suficientes para acoger a los grupos de cooperantes que les visitan en las distintas épocas del año y, a pesar de su sencillez, era casi lo más moderno del lugar junto al hospital y las escuelas, que también estaba hechos de ladrillos. El resto de las casas eran pequeños habitáculos de adobe salpicados en la tierra árida hasta donde el horizonte dejaba ver. Puntualmente el paisaje se adornaba con los grandes Baobabs, tan majestuosos a la vista como milenarios, y chirriando con esa imagen, impactaba contemplar la infinidad de bolsas de plástico enredadas por doquier en aquel paisaje.

En el primer día de nuestro viaje a penas hubo tiempo de hacerse con el lugar. Muchos pacientes esperaban desde el día anterior a que el "médico de los huesos" los viera. Se acomodaban en los bancos de la puerta o repartidos por el suelo del patio. Habían llegado allí andando durante horas, incluso tras dos o tres días a pie desde sus pueblos al oír la noticia de la llegada de los médicos españoles.

Desde ese día que abrimos la puerta de nuestro "contenedor de barco" convertido en consulta, no saldríamos de allí con luz natural ni un sólo día. Cuando anochecía y ya no había luz del día para trabajar, se hacía especialmente duro tener que cerrar la puerta cuando aún había pacientes fuera. Sabíamos que pasarían allí la noche para esperar su turno al día siguiente.

Fueron muchas las noches en las que nos las ingeniamos para hacernos de alguna luz artificial para seguir trabajando, aunque ello supusiese también ser acompañados por los mosquitos y su ma-

Poco a poco, y con apenas descanso los primeros días, despejamos la puerta y pudimos empezar a organizar nuestros partes de quirófano. Habían llegado los líquidos de revelado requisados y con ellos la posibilidad de hacer las radiografías. Contábamos con un técnico de rayos nativo que nos aligeraba ese trabajo y con la ayuda de un joven que amablemente se brindó a hacer de traductor. Su dedicación fue de especial apoyo, puesto que el Swahili y los dialectos de sus tribus, eran totalmente desconocidos para nosotros.

La historia de nuestro traductor nos conmocionó especialmente. Huérfano de padre y madre y maasai de origen, se había criado con los curas tras haberse escapado junto a su hermana pequeña de la casa de acogida de una ONG, donde eran sometidos sexualmente junto a otros niños. En la misión había aprendido español y en la secundaria cursaba francés. Y por supuesto dominaba el Swahili tanto como su lengua natal. Era asombroso cómo cambiaba los vaqueros y deportivas por una manta de cuadros y un bastón cuando descansaba de los libros para ir a ver al resto de su familia.

La primera semana pasábamos el día en la consulta, y por la noche, cuando nos desliábamos, había que preparar el quirófano para ponerlo a punto para la semana siguiente. Comenzamos la segunda semana al igual que se sucederían las dos restantes. Ocupábamos la mañana en quirófano y las tardes en la consulta porque no dejaban de llegar pacientes.

Como enfermera, el trabajo en quirófano fue sin duda lo más duro para mí. No era mi quirófano habitual lleno de grandes máquinas para esterilizar donde todo es más rápido y sencillo, donde pides y te dan. La esterilización era llevada a cabo en grandes ollas a presión al fuego que tardaban al alrededor de 4 horas en hacer su ciclo. Cuando su contenido era demasiado voluminoso como para ser esterilizado en cajas, debía de ser usado directamente para evitar contaminación e infecciones. Teniendo en cuenta que eran necesarias poner cuatro ollas para operar una prótesis, es fácil imaginar el trabajo que hay detrás de una intervención de este tipo en un lugar sin medios adecuados.

Algunos trabajadores habituales del hospital nos fueron asignados para aprender y ayudarnos a la vez. Enfermería allí era una formación de 4 años, mientras que los médicos, que sólo asistían cesáreas, partos y apendicitis, se formaban tan sólo durante dos años.

Sus biorritmos, al igual que el de la población allí en general, eran distintos a los nuestros.

Los adultos mostraban serenidad, tranquilidad inalterable y un control de las emociones digno de mención, mientras que los niños parecen hablar una lengua común en todas las culturas. Curiosos, nos acompañaban por los caminos, nos cogían de la mano y tocaban el pelo, nos pedían nuestros bolígrafos y sonreían y jugaban sin parar. Sólo se mostraban incómodos al ser fotografiados porque pensaban que de esa forma se les robaba el alma.



Pasear por la pediatría era toda una experiencia. Familias enteras se contaban apostadas por cama de cada pequeño paciente a ambos lados de la estancia. Era tan grande y luminosa como el sol pintado con gracia en la pared del fondo que tanto les gustaba a los niños.

En casi un mes de frenética actividad, fueron muchos los casos e historias de las que fuimos partícipes, pero desgraciadamente no todas pueden ser contadas en unas líneas.

Uno de los momentos que me sacudió por dentro fue el rostro de una madre a la que le comunicamos que su hijo de cuatro años padecía una distrofia muscular degenerativa de mortalidad temprana. Una compañera entretenía al niño con un globo, nuestro traductor daba la noticia a la madre y no-



sotros contemplábamos su rostro...que no cambió un ápice de su expresión. Ni una congestión, ni una lágrima, nadan. Absolutamente nada.

Luego supimos que en su cultura era un secreto a voces sacrificar a los niños que nacen deformes, o esconderlos de por vida por vergüenza si padecían alguna enfermedad evidente y/o limitante. Los niños son mano de obra en el campo, y el que no vale para trabajar, sencillamente no vale. Por eso cada vez que operábamos a un niño, nuestra mayor satisfacción era la de saber que tendría la oportunidad de vivir con dignidad.

No éramos héroes ni mucho menos, de hecho había una desconfianza generalizada en la medicina de los médicos extranjeros. Muchos recurrían a nosotros con recelo tras no obtener éxito con

sus respetados brujos y su inexpressión en muchos casos no dejaba ver gratitud ni todo lo contrario.

Eso lo aprendimos bien con un niño al que el brujo del pueblo le había vendado fuertemente la mano a presión durante varias semanas por un dolor en la muñeca. Engarrotada, consiguió que dejase de dolerle, pero también consiguió que dejase de moverla y de sentirla para siempre.

No nos quedamos menos sorprendidos el día que a cuarenta grados vino a veros un paciente vestido como cualquiera de nosotros en el más frío invierno. Bajo el gorro, la bufanda y las gafas de sol, se escondía un niño albino esperanzado de encontrar solución a su dolencia. Vivos son considerados seres malditos y sus piezas una vez muertos son los amuletos más codiciados...Eso



explicaba por qué venía literalmente escoltado por toda su familia. A veces ciertas creencias pueden llegar a ser tan crueles como increíbles.

Dentro de lo que cabe, nos adaptamos a las circunstancias y medios lo mejor que pudimos. Realizamos nuestro trabajo con empeño y dedicación aprendiendo día a día de aquellas gentes. Tuvimos las complicaciones habituales que ya habíamos visto muchas veces, pero allí son sentidas de una forma totalmente distinta.

Cuando en nuestro día a día nos vamos a casa, de una u otra forma conseguimos desconectar, confiamos en que ese paciente que empeoró y se complicó, está en buenas manos y simplemente pensamos en preguntar optimistas al día siguiente por él.

Pero yo recuerdo una noche en la que me fui a dormir bajo mi mosquitera con una bandeja repleta de lo necesario por si había que intervenir a un señor que se había complicado mucho. Peligraba su vida. Si empeoraba, tendríamos que hacerlo en su misma cama a la desesperada, ya que el quirófano no podía abrirse por las noches. No había electricidad ni personal. Nunca jamás antes me habría imaginado haciendo una cosa así, y dudé si estaría preparada para ello.

Esa noche no dormí. Me sentía responsable de aquello, sentí un miedo que nunca antes había sentido y repasé mentalmente mil veces lo que podríamos haber hecho mejor y qué parte de ello me correspondía a mí. Me cuestioné si era capaz de dar la talla en todas las circunstancias que pudieran surgir y dudé realmente de si yo merecía estar allí.

Fueron horas eternas, pero que me enriquecieron más como persona que muchos otros capítulos de mi vida.

Afortunadamente todo quedó en un gran susto y tuve el gusto de hacer de bastón para aquel señor un ratito cada día hasta su alta. En la recta final de nuestro viaje también vino a vernos al hospital el cólera. Varias docenas de personas nos dijeron adiós en poco más de dos días. Las noches que compartíamos entre anécdotas, risas y cartas todos los compañeros en la misión al final de

cada jornada, se tiñeron de preocupación e incertidumbre. Se hablaba de cerrar fronteras por un par de meses tras declararse como oficial aquel brote.

Afortunadamente todos estábamos bien y no tuvimos que esperar tanto para reencontrarnos con nuestras familias. Pudimos volver antes de que se adoptasen dichas medidas.

Al final de la expedición, no quedaba sin repartir ni un solo comprimido de los que al llegar se contaban por maletas. Vimos pacientes de todas las edades, tanto con patologías a las que estamos acostumbrados en nuestro día a día como otras (tuberculosis osteoarticulares, secuelas de polio, Síndromes de Tietze, secuelas por fracturas no tratadas y secuelas de la medicina de los "brujos") propias de una región carente atención sanitaria.

Para mí fue mi primera visita, pero contando las cuatro visitas anteriores de mis compañeros, podemos decir que se atendieron a un total de 1178 pacientes, de los cuales 112 fueron intervenciones quirúrgicas, siendo atendidos 275 pacientes de media por visita.

Fueron más de tres semanas de estancia, de trabajo duro y convivencia llenas de aprendizaje, risas y largas charlas al acabar el día.

Nos empapamos de otras culturas, conocimos numerosas tribus, como la Masai o la Bosquimana, e incluso pudimos ver algún documental en vivo y en directo de la fauna de la zona, puesto que Mangola se ubica en las faldas del Ngorogoro y el Serengeti. También tuvimos tiempo de hacer amigos entre los compañeros, y de hacer muchísimas fotos.

Solo recuerdo un momento triste: el de la despedida... Incluso el tiempo parecía ser cómplice de tan triste momento con sus lluvias torrenciales (y esta vez, para colmo de mi asombro, el chófer conducía con no menos habilidad por los caminos arrasados sin miramiento por el agua) ...

Pero llevábamos de vuelta la satisfacción de haber dado lo mejor de nosotros mismos durante aquellos días, que serían desde aquel momento un regalo para nuestra memoria. Y...cómo no podía ser de otra manera...no tardé en repetir la experiencia.

AYUDA A PACIENTES CON DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO



Ayuda a pacientes con daño cerebral adquirido

Huelva.- Redacción

Huelva ya cuenta con la denominada "Asociación de personas con daño cerebral adquirido", con el objetivo de hacer visible la enfermedad o lo que es igual, ofrecer un ámbito que ofrezca colaboración, asesoramiento y ayuda a los familiares de las personas víctimas de esa dolencia. En el Hospital Infanta Elena tuvo lugar la presentación de esta nueva entidad cuya problemática ha dado lugar a que se consolide el movimiento asociativo y contribuya, uniendo esfuerzos, para ayudar a superar los problemas de adaptación, personal y familiar, que representa el Daño Cerebral Adquirido (DCA).

Una jornada en el Infanta Elena sirvió para darse a conocer la Asociación de personas con DCA entendiendo por tal el resultado de una lesión súbita en el cerebro que supone importantes cambios y secuelas tanto de índole física como sensorial y emocional. El DCA se llega a producir por distintas causas, sean los traumatismos craneoencefálicos como los accidentes cerebrovasculares (ictus), por distintos tipos de tumores y por hipoxias a consecuencia de la interrupción de la lle-

gada de oxígeno al cerebro. La enorme trascendencia que supone la vida cotidiana junto a un paciente con DAC, con afectación no solo a la víctima sino al entorno familiar, necesitaba de la aparición de una Asociación que busca hacer más visible a los afectados en el conjunto de la provincia, además de poder contar con la colaboración y ayuda tanto de las instituciones socio-sanitarias como del conjunto de profesionales, médicos, enfermería, psicólogos, trabajador social...

Discapacidad crónica

Este tipo de lesiones representan una de las causas más importantes en cuanto a discapacidad crónica en nuestra sociedad al provocar un cambio, generalmente, repentino del nivel de consciencia del paciente cuya gravedad y duración son muy variables puesto que oscilan desde un estado de confusión mínimo en el tiempo hasta la consumación de un estado de coma profundo (o coma vegetativo) de carácter persistente en los episodios más graves. Las secuelas que comporta el DAC están relacionadas con la importancia de la lesión, de la parte del cerebro directamente afectada y de su extensión, sin

► Huelva ya cuenta con una Asociación destinada a ayudar tanto al enfermo como a su familia.

olvidar otros condicionantes como la edad de la víctima.

En el primer acto celebrado por la Asociación de personas con DCA, que contó con la asistencia del delegado de Salud, Rafael García, familiares y personal sanitario, se desarrollaron dos ponencias dedicadas a analizar la realidad que, día a día, vive el paciente y su ámbito familiar más cercano así como la voluntad de trasladar al conjunto social la problemática que, de todos los órdenes, ha llevado a la constitución de esta Asociación que preside Clara Ortiz con el respaldo y la asistencia de la presidenta de la Federación Andaluza del Daño Cerebral, Ana María Pérez quien tuvo palabras de aliento y compromiso para el movimiento asociativo que, en torno al DCA, ha nacido en Huelva.

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 comunitaria, 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.

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

Los trabajos podrán ser remitidos por correo postal, correo electrónico (en un único archivo del tipo *.doc) 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. No

Aspectos formales del manuscrito:

Los trabajos se presentarán en folios DIN-A-4, numerados, mecanografiados por una sola cara a doble espacio con letra Times New Roman tamaño 12, dejando unos márgenes inferior y superior e izquierdo de 4 cms. y derecho de 2 cms. La extensión máxima del documento no debe superar las 30 páginas incluyendo todos sus apartados.

Los trabajos de investigación del tipo original o de revisión deberá seguir las siguientes directrices:

- La primera página incluirá la siguiente información:
 - Título del trabajo.
 - Nombre y apellido de los autores. Es importante que los autores decidan su Nombre Bibliográfico Único de cara a la correcta identificación en las distintas bases de datos en base a las recomendaciones internacionales.
 - Dirección del centro de trabajo.
 - Dirección completa para correspondencia.
- La segunda página incluirá:
 - Resumen con no más de 200 palabras preferentemente estructurado en objetivo, método, resultado y conclusiones. Se valorará la traducción al mismo a inglés.
 - Palabras clave o descriptores. En número entre 3 y 6, deben contener los descriptores que más se adecuen al artículo y que estén contenidos en los *Descriptores en Ciencias de la Salud* (DeCS) de la Biblioteca Virtual de Salud (BVS) o en su *Medical Subject Heading* (Mesh) del Index Medicus. Se valorará la traducción de las mismas al inglés.
- En las siguientes páginas se incluye el cuerpo del artículo con los apartados:
 - Introducción.
 - Método.
 - Resultados.
 - Discusión.
 - Bibliografía. Se detallarán de manera correlativa a la aparición en el texto. El número de la cita se reflejará en el documento con números de rónesis o superíndice. Las referencias bibliográficas se escribirán atendiendo a la última versión disponible de los Requisitos de Uniformidad de Manuscritos de las revistas biomédicas (Normas de Vancouver).
 - Tablas, fotos y figuras. Deben incluir leyenda e ir numeradas e identificadas correctamente en el texto.
- **Proceso editorial:**
 - 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.
 - La presentación de un trabajo no implica la obligación por parte del Consejo Editorial de su aceptación para su publicación.
 - Una vez recibido el manuscrito se acusará recibo del mismo en un periodo aproximado de 15 días. en primer lugar por el Comité Científico y posteriormente por el Consejo Editorial. Si procede, por revisores externos.
 - Una vez revisado recibirá notificación sobre la aceptación o no del documento. El Consejo de Redacción propondrá a los autores las modificaciones que considere necesarias para la publicación del correspondiente original.
 - Días antes de la publicación definitiva se le enviará el artículo con la forma en la que será publicado (galerada) para su revisión final.
 - Jamás deben enviarse para su publicación trabajos previamente publicados o que hayan sido remitidos simultáneamente a otras revistas; en caso de que el trabajo haya sido presentado a alguna actividad científica (Congresos, Jornadas, etc.) los autores lo pondrán en conocimiento de los editores de Documentos de Enfermería.
 - Los autores, desde el momento en el que someten un manuscrito para su valoración por parte de Documentos de Enfermería, asumen la propia responsabilidad sobre su disponibilidad y su contenido, así como de todo el material que se incluya dentro del mismo (ilustraciones, fotografías, figuras, etc.) Deben recordar que todas las fotografías en las que aparezcan personas deben contar con la autorización escrita de la persona indicando su aceptación a la publicación en Documentos de Enfermería.
 - Los trabajos aceptados para su publicación pasan a ser propiedad exclusiva de Documentos de Enfermería.

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

El Consejo General pide a la nueva ministra supere "los agravios históricos" de la enfermería

- ▶ La barcelonesa Dolors Montserrat, ante importantes retos que confluyen en la viabilidad del Sistema.



Relevo ministerial con tres titulares

Huelva. -Redacción

La Sanidad española cuenta, desde hace semanas, con una nueva responsable. Se llama Dolors Montserrat Montserrat, abogada barcelonesa que ha compaginado su profesión con la política siendo Diputada, durante varias legislaturas, en el Congreso por el Partido Popular (PP) de Cataluña. Llega al cargo ajena en gran medida al mundo sanitario por lo que, desde su toma de posesión, de manos de Fátima Báñez, está haciendo un "tour de force" para aterrizar en su alto cometido. El Consejo General de Enfermería saludó su llegada al ministerio esperando que "apueste por una sanidad sostenible, universal y gratuita" y que "no ceda a intereses corporativistas".

Dolors Montserrat (nacida en San Sadurn de Noya, Barcelona, 18 septiembre 1973) tiene en sus manos la dirección de la Sanidad española. Esta abogada y política que comenzó su carrera como concejal popular en su pueblo natal, debe enfrentarse a un difícil panorama sanitario en el que se entrecruzan intereses de distintas y complejas orientaciones y repercusiones. La decisión de Mariano Rajoy para situarla al frente del Ministerio, testigo que recibió de manos de los ex Alfonso Alonso y Fátima Báñez, supone todo un reto tanto para los pacientes del Sistema Nacional de Salud (SNS) como para el conjunto de los profesionales que, día a día, hacen posible su funcionamiento. En sus primeras intervenciones, Montserrat ha apostado por el diálogo como herramienta imprescindible para avanzar porque, conforme ha dicho, "no podemos prescindir de nadie para alcanzar objetivos que son comunes a todos los españoles". A Montserrat se le reconocen en el terreno político amplias dotes para la búsqueda del acuerdo y la concertación.

Siendo enfermería el colectivo profesional mas numeroso del SNS, se esperaba con interés el saludo de su organismo representativo, el Consejo General, para quien va a intervenir y dilucidar en los próximos tiempos cuestiones tan primordiales como, por citar algunas, la temporalidad del sector, las especialidades profesionales o el polémico

asunto de la prescripción de medicamentos y productos por parte de la enfermería. En este sentido, el Consejo General no dudó en pronunciarse al subrayar que Dolors Montserrat tiene ante si "el reto de abordar problemas y agravios históricos" de la profesión como del propio Sistema.

ENFERMERÍA, SUS PROBLEMAS

El Consejo adelantó a la nueva Ministra que, posiblemente, "el problema mas candente que tiene sobre la mesa de su despacho es el veto a la prescripción de ciertos medicamentos de uso común por parte de las enfermeras". Para lo cual, el organismo nacional de la profesión aseguró que la nueva ministra deberá "trabajar por una regulación de la prescripción enfermera verdaderamente acorde con la realidad asistencial, recuperar el proyecto original apostando por un texto que cumpla con la legislación vigente, (Ley del Medicamento). Un texto que, conviene no olvidar, contó con la aprobación, y por unanimidad, del Consejo Interterritorial del SNS, avalado por el informe favorable del Consejo de Estado al que, desafortunadamente luego "adulteró a última hora el ex ministro Alonso para atar de pies y manos a las enfermeras y comprometer su seguridad jurídica".

Otro frente de gran trascendencia para la enfermería en manos de la Ministra Montserrat es el referido a las especialidades. A este respecto, el Consejo General ha considerado que es "crucial" el desarrollo de modo definitivo del conjunto de las especialidades aprobadas hace ya mas de una década pero a las que, sin embargo, se les ha privado de un desarrollo e implantación real y efectivo como esperaba el colectivo. Algo que tiene su traslado y repercusión a los cuidados de enfermería que deben recibir los pacientes como respuesta cualificada a sus necesidades sanitarias.

Nadie duda que Sanidad, en el conjunto formado por el SNS y las consejerías de las autonomías, deberá encarar y resolver una grave carencia como es la adecuación de las ratios de profesionales de enfermería en función de la población española, para que, poco a poco, se vayan dando pasos cara a aproximarse a los niveles existentes en los países de nuestro entorno, léase la Unión Europea. El fomento de la formación continua, la investigación, la mejora de las condiciones laborales, la promoción del empleo de enfermería en los nuevos ámbitos de actuación asistencial que se van abriendo en consonancia con el tiempo que vivimos o la muy necesaria conciliación de la vida laboral con la familiar, (máxime si se tiene presente que casi el 90% del colectivo son mujeres) serán otras tantas asignaturas pendientes de significado y alcance penando en la mejor atención que los miles y miles de profesionales españoles deparan a la sociedad. La era Montserrat no ha hecho sino comenzar. Ahora, el tiempo y sus decisiones tienen la palabra.

LA JUNTA ANUNCIA LA RECUPERACIÓN DE LAS 35 HORAS

Huelva.- Redacción

La Junta de Andalucía ha planteado la convalidación del Decreto-ley por el que se recuperarán las 35 horas laborales al conjunto de los empleados públicos de la administración regional. Será a partir del 16 de enero de 2017 cuando se pueda llevar a cabo esta medida que, por otra parte, lleva aparejada una notable incertidumbre pues no son pocas las voces que han expresado dudas acerca de su aplicación dado que el Gobierno central ha recurrido ante el Tribunal Constitucional (TC) una propuesta similar en Castilla La Mancha por tratarse de una normativa básica del Estado, competencia exclusiva del gobierno de la nación, lo que lleva aparejada su paralización inmediata. En Andalucía, la medida concierne a unos 270.000 empleados públicos, de los que la gran mayoría pertenecen a los ámbitos de la Sanidad y la Educación.

En la sesión del Parlamento andaluz celebrada el pasado 10 de noviembre, el gobierno de la Junta que preside Susana Díaz puso sobre la mesa la pertinencia de convalidar un decreto-ley por el que se devuelve la jornada laboral de 35 horas a todos los trabajadores públicos de la región. El anuncio fijaba la fecha de inicio para el próximo 16 de enero/2017 en la administración general y de una forma más flexible en Sanidad y Educación. Esto equivale a dejar sin efecto la normativa promulgada por el Gobierno de España cuando, en el 2012, el ejecutivo central implantó la jornada de las 37.5 horas en base a unos criterios que lo justificaron en el contexto de la grave crisis nacional vivida en aquellos momentos.

Trabajo a turnos

Conforme dio cuenta la Junta de Andalucía, para la adaptación de los organismos públicos a la recuperación de las 35 horas se deberá tener especialmente en cuenta las características específicas del

mundo sanitario en el que se habrá que aplicar en función de la turnicidad del trabajo diario así como en criterios de mayor flexibilidad que se deban negociar en las mesas correspondientes. Como bien se recuerda, la recuperación de las 35 horas laborales ha sido una permanente reivindicación de los colectivos de empleados públicos y, en concreto, del personal dependiente del Servicio Andaluz de Salud (SAS). Susana Díaz tras afirmar que había cumplido su compromiso con las centrales sindicales, sostuvo que con este paso "Andalucía vuelve a colocarse en la vanguardia nacional en la restitución de derechos".

Ahora bien, la decisión del Parlamento autonómico de dar luz verde a un decreto que devuelve las 35 horas a los trabajadores públicos presenta un claro trasfondo de envergadura jurídica. Desde el primer momento, hubo quien interpretó esta decisión del gobierno que lidera Susana Díaz como una forma de mantener la llamada "política de confrontación" con el Gobierno central puesto que el ejecutivo nacional ya decidió recurrir, meses atrás, una medida similar ordenada por la Junta de Comunidades de Castilla La Mancha, algo que fue objeto de recurso ante el TC por tratarse de una Norma básica de Estado. Es más, el gobierno andaluz planteó, casi al unísono, una nueva iniciativa parlamentaria en la que pedía ejecutivo nacional que no lo recurriera ante al alto Tribunal.

Al cierre de esta edición, no se habían registrado "movimientos" políticos conocidos entre los gobiernos de Madrid y Sevilla que supongan paralizar, o no, lo aprobado en el Parlamento andaluz acerca de las 35 horas semanales. Pero, eso sí, la vicepresidenta del Gobierno, en el curso de una reciente visita a Andalucía, se mostró favorable "al diálogo" con el gobierno autonómico, pero sin pronunciarse sobre si van, o no, a recurrir ante el TC el Decreto-ley aprobado por la



Junta y ratificado, después, por la Cámara del antiguo Hospital de las Cinco Llagas. Sáenz de Santamaría adelantó que "vamos a tratar de abordar esta cuestión con la Junta y transmitirle que hay determinadas cuestiones que conviene que todos tengamos el mismo trato y el mismo sistema para tratar de alcanzar la igualdad de todos los españoles" en referencia a una cuestión de tanta importancia como es la jornada laboral de los empleados al servicio de la administración algo que, a juicio de Sáenz de Santamaría, "debe ser la misma para todo el territorio nacional".

Igualdad nacional

A tal efecto, la vicepresidenta del Gobierno manifestó que "todos buscamos ser iguales a la hora de recibir los servicios públicos, acceder a una pensión o a disfrutar de nuestros derechos como ciudadanos españoles" por lo que ante "una cuestión tan importante como es la jornada laboral, -razonó, "lo normal y lo idóneo es que sea una jornada laboral a nivel general". Por, lo que, la número 2 del gobierno de España adelantó la inminencia de un diálogo con la Junta "como fase previa a cualquier decisión". En este mismo asunto también terció el Ministro de Educación y portavoz, Íñigo Mendez de Vigo quien, tras reiterar la voluntad de diálogo con los gobiernos regionales, sí quiso mostrar su queja ante el hecho de que la Junta hubiera tomado esa decisión de manera unilateral, sin consultar antes con el gobierno de España al tiempo que pidió a las comunidades que "no entren en una competición sobre cuantas horas deben trabajar los funcionarios públicos". Por parte de la Junta, el vicepresidente Manuel Jiménez Barrios mostró su confianza en que el Gobierno de España no recurra la normativa ante el TC. Las consecuencias de ese anunciado diálogo, del que dependerá la posible implantación de las 35 horas, no se conocían al cierre de esta edición.

EL COLEGIO, ANTE EL XXIII CERTAMEN DE INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA CIUDAD DE HUELVA

Huelva.- Redacción

El Colegio Oficial de Enfermería de Huelva ha informado de los preparativos para la recta final de la que es su principal referencia en materia investigadora. En efecto, el "XXIII Certamen de Investigación en Enfermería Ciudad de Huelva" se encamina hacia su resolución y, un año más, la entidad colegial vive a la expectativa de conocer la suerte de una prueba instaurada hace más de dos décadas y convertida en auténtico referente para la enfermería onubense. Cuando falta poco para que se cierre el plazo de admisión de los trabajos aspirantes, que será el próximo 26 de enero, el Certamen decano de la profesión provincial se dispone a cubrir una nueva singladura con el aliciente de entregar los dos premios contemplados en las bases, dotados con 1.500 y 500 euros, respectivamente además de ir acompañados de sendas carabelas de plata.

La XXIII edición del "Certamen de investigación de enfermería Ciudad de Huelva", que tiene como en años anteriores ámbito regional, se dispone a ser, ya corto plazo, una nueva realidad. La prueba goza del mayor prestigio entre la enfermería onubense porque, ganado año tras otro, acumula, a la altura de concluir 2016, una ya larga y consolidada trayectoria que ha servido para reconocer las aportaciones que, a estimación del Jurado, han ido contribuyendo para consolidar al "Ciudad de Huelva" como el buque-insignia de la enfermería investigadora en esta provincia andaluza. Importante es subrayar que, como consta en las Bases del premio, el plazo para la presentación de los trabajos aspirantes finalizará a las 18,00 horas del próximo 26/enero 2017.

- ▶ **El plazo para la presentación de los trabajos finaliza el próximo 26 de enero.**

Calidades

Por parte del Jurado, es llegada la hora para valorar los contenidos de los ensayos participantes en base a unos criterios entre los que destacan la "calidad técnica, científica y metodológica" de los aspirantes así como su "novedad, originalidad y oportunidad" de los trabajos que, como resultado, arrojen un balance como "producto enfermero" digno de ser resaltado. A este galardón pueden concurrir todas las enfermeras y enfermeros que se encuentren colegiados en Andalucía y estén al corriente de sus obligaciones en cuanto colegiados. La entrega de recompensas tendrá lugar, como marca la tradición, coincidiendo con la festividad del Patrón de la enfermería, San Juan de Dios, fecha en la que el Colegio de Huelva se ve rodeado por un elevado número de profesionales.

El Jurado encargado de decidir la suerte de esta XXIII edición del Certamen de enfermería Ciudad de Huelva está compuesto por un mínimo de cinco miembros, todos profesionales de enfermería. Como se recuerda, la última convocatoria tuvo la particularidad de ser declarado desierto en cuanto al ganador absoluto por lo que el galardón recayó en el apartado del accésit, en concreto el titulado "Factores generadores de estrés en la incorporación a la Universidad. A propósito del caso de los estudiantes de enfermería en Andalucía Occidental". Fueron sus



Última entrega del Certamen

autores un equipo encabezado por Rosa María Pérez Contreras junto a Juan Diego González Sanz y Ana Berraquero González.

23 años

Para el Colegio Oficial de Huelva, como entidad organizadora y responsable de esta prueba, alcanzar una nueva edición supone, en palabras del presidente Gonzalo García, "mantener plenamente vigente nuestra apuesta de hace 23 años para fomentar la investigación en el seno de nuestra profesión. La enfermería onubense ha venido respondiendo de una forma loable desde la creación del Certamen lo que ha justificado la supervivencia, primero, y consolidación después de nuestro Certamen de investigación Ciudad de Huelva. Respecto a la próxima edición, todos esperamos sea la continuidad para destacar los mejores esfuerzos puestos a disposición de la mejor atención al paciente así como un nuevo escalón a añadir a una de las pruebas más antiguas de la enfermería de Andalucía, y, se puede afirmar, de España".

CHARE DE BOLLULLOS: PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

Huelva.- Redacción

El Ayuntamiento de Bollulos Par del Condado y la consejería de Salud han firmado un "protocolo de actuación" para "sentar las bases y avanzar" en la futura construcción del prometido Centro Hospitalario de Alta Resolución (Chare) que reivindica la comarca del Condado. Pero mientras su suscribió el protocolo entre Salud y consistorio, el Partido Popular (PP) bollullero anunció que "iniciará contactos" con otros grupos municipales para apartar al alcalde socialista de la alcaldía si en los presupuestos de 2017 no figura una partida económica para levantar la instalación sanitaria prometida por la Junta hace 12 años.

El Chare de Bollus P. del Condado ha pasado de ser una cuestión socio-sanitaria y constituirse en litigio político. Lo prueba el que el viceconsejero de Salud, Martín Blanco y el director-gerente del SAS, José Manuel Aranda hayan firmado con el alcalde de Bollulos, Rubén Rodríguez, un protocolo de colaboración que, como indicó la Junta, permita "sentar las bases y avanzar en la futura construcción del Chare". Una demanda que serviría para acercar la atención especializada a los más de 61.000 habitantes, junto a Bollulos, de estas localidades: Almonte, Escacena del Campo, Manzanilla, La Palma del Condado, Paterna del Campo, Villalba del Alcor, Villarrasa y Rociana.

Papel mojado

Tras la firma del protocolo, Salud y Ayuntamiento mostraron su "satisfacción por este acuerdo" por el que el consistorio asume poner a disposición del SAS el suelo que "reuna las condiciones urbanísticas y medioambientales idóneas". La construcción del Chare del Condado supondrá una inversión de la Junta de 20 millones de euros. Cuando entre en funcio-



► **Salud y Ayuntamiento firman una guía de colaboración que el PP califica de "papel mojado".**

namiento, las previsiones hablan de que se atenderá, anualmente, 61.000 consultas de atención especializada, 60.000 urgencias y 2.400 intervenciones quirúrgicas. Cifras que, por su elocuencia, supondrán una asistencia de calidad a los habitantes de la Comarca evitando desplazamientos y la masificación del Hospital J.R. Jiménez.

Pero el (futuro) Chare presenta, en esta hora, muchas aristas como las expresadas por el PP de Bollulos cuyo portavoz municipal, Adrián Moreno ha asegurado que su formación "iniciará contactos" con otras formaciones políticas para apartar de la alcaldía a Rubén Rodríguez. El dirigente popular recordó como, en la ceremonia de investidura del alcalde, el PP se abstuvo para dejar gobernar al PSOE, astención condicionada al "compromiso" de agilizar la construcción del Chare después de que la presidenta de la Junta, Susana Díaz, en época electoral, supeditara la alcaldía al PSOE a cambio de la construcción del hospital. Tras calificar de "papel mojado" el protocolo de actuación suscrito por Junta y Ayuntamiento, el edil popular sostuvo que su formación podría hacer un replanteamiento del actual marco si los presupuestos de la Junta para 2017 no contemplan una partida presupuestaria concreta que suponga, al menos, un tercio de la inversión para convertir en realidad un Chare "prometido" hace 12 años.

CHARE DE ARACENA, SIETE AÑOS PARALIZADO

Y si de la asignatura pendiente de los Chare en la provincia se trata, se debe reflejar que el alcalde de Aracena, Manuel Guerra (PSOE) ha manifestado que mantiene conversaciones con la consejería de Salud, para que la Junta incluya en los próximos presupuestos de la administración regional una partida económica que permita reanudar las obras del Chare de la Sierra, ubicado en el municipio de Aracena y cuyas obras, como se recuerda, quedaron paralizadas hace 6 años al entrar la empresa constructora en concurso de acreedores. Desde entonces, el edificio se encuentra paralizado estando las obras entre el 40 y 50% de su culminación.

El alcalde de Aracena aseguró que para que estas obras pue-

dan reanudarse es importante una consignación económica suficiente que pasa por hacer una reforma del proyecto original, añadiendo el regidor que "teniendo en cuenta que las obras se iniciaron hace 6 años, tendrá que hacerse un proyecto que contemple el estado en que se encuentran las obras y para la terminación del mismo". Guerra ha expresado su confianza para que en 2017 se desbloquee la que todos consideran como la infraestructura más importante de la comarca desde un punto de vista social. Las obras del Chare de Aracena dieron comienzo en 2009 y estaba previsto un periodo de construcción entre 20 y 24 meses. El proyecto inicial tenía un presupuesto de 13 millones de euros más el equipamiento. La obra ya realizada ha supuesto una inversión de 7 millones.



"Santa Ana enseñando a leer a la Virgen". Bartolomé Murillo (año 1655) Museo Nacional del Prado.

*El Colegio de enfermería desea a los profesionales onubenses
¡Feliz Navidad y año 2017!*



Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Huelva

Convoca

XXIII Certamen de Investigación en Enfermería CIUDAD DE HUELVA

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, siendo realizados por profesionales de Enfermería, se presenten a este certamen de acuerdo a las bases del mismo.

3. PREMIOS:

Primer Premio: 1.500 euros y trofeo.

Accesit: 500 euros y trofeo.

La dotación económica de los premios está sujeta a retención fiscal según lo estipula la ley.

El jurado podrá declarar desierta cualquiera de las categorías o las dos si considera que los trabajos presentados no reúnen las cualidades necesarias para tales menciones.

4. PRESENTACIÓN:

Los trabajos deberán hallarse en la sede del colegio antes de las 18:00 horas del día 26 de Enero de 2017, independientemente del modo en que se presente (en persona, o por correo postal o agencia).

Se presentarán cinco copias del trabajo en tamaño DIN A-4, mecanografiadas a doble espacio por una sola cara, encuadradas y, además, en soporte digital. Estas copias irán firmadas con seudónimo y se presentarán en sobre cerrado en el que se indicará "Certamen de Investigación en Enfermería Ciudad de Huelva", no apareciendo en éste ningún dato identificativo. En el interior del sobre, junto al trabajo, se acompañará otro sobre cerrado en cuyo interior se detallará nombre del autor, DNI, N° de Colegiado, dirección completa, teléfono así como seudónimo y título del trabajo presentado).

El incumplimiento de estas normas de presentación puede conducir a la descalificación del trabajo por parte del Jurado.

5. CRITERIOS TÉCNICOS:

La estructura de los trabajos será: introducción, objetivos, material y método, resultados, discusión, conclusiones y bibliografía.

Las referencias bibliográficas se citarán en el orden empleado conforme a la última versión de las normas de Vancouver.

Entre los aspectos a evaluar por el jurado están incluidos:

- Calidad científico-técnica y metodológica.
- Novedad, originalidad y oportunidad de los trabajos.
- Producto enfermero.

6. PARTICIPANTES:

Podrán concurrir todos los profesionales de Enfermería, que se encuentren colegiados en Andalucía 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.

7. JURADO:

Estará compuesto por un mínimo de cinco miembros, todos profesionales de enfermería, de entre los cuales se nombrará 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.

8. FALLO:

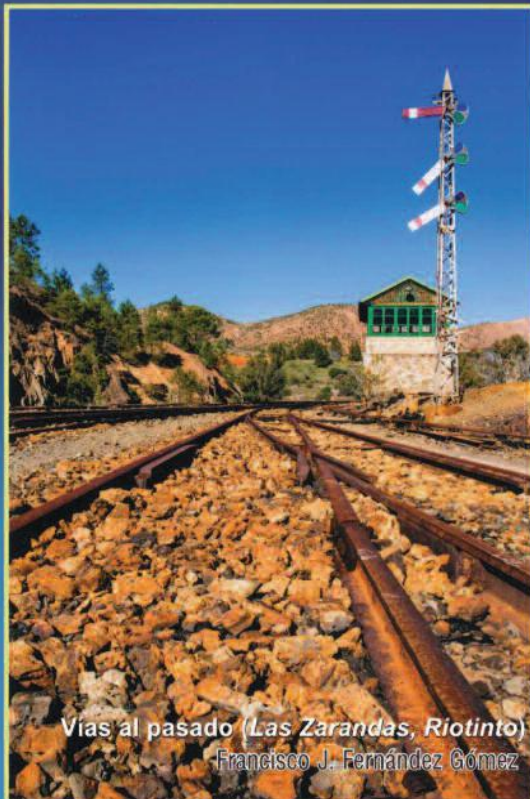
El fallo del jurado lo hará público el secretario del mismo durante la celebración de la Festividad del Patrón de la Enfermería, San Juan de Dios, del año 2017.

9. 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.

10. TITULAR DEL PREMIO:

Será quien aparezca como único o primer firmante.



Vías al pasado (Las Zarandas, Riotinto)
Francisco J. Fernández Gómez

INFORMACIÓN:

Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Huelva

C/ Berdigón, nº 33, 1º izq. 21003 Huelva

Tel.: 959 54 09 04 - Fax: 959 25 62 70

e-mail: secretariahuelva@colegioenfermeria.com

www.colegiooficialdeenfermeriadehuelva.es