



AL FRENTE DE UN RENOVADO EQUIPO



PATRICIA MAURI, ELEGIDA PRESIDENTA DEL COLEGIO DE ENFERMERÍA



ROCÍO HERNÁNDEZ, NUEVA CONSEJERA DE SALUD

Documentos Enfermería

Año XXVII N° 94 - junio 2024

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

Presidenta:

Patricia Mauri Fabrega

Director Técnico:

Vicente Villa García-Noblejas

Redacción:

María Pilo López

Martín Vázquez Bermúdez

M^a Carmen Vázquez Fernández

Marina Rico Neto

Isabel M^a Rabadán Cabeza

Clara Montes Zafra

Carolina Martínez Serrano

José A. Fernández Minchón

Manuel J. Tinoco Toscano

Manuel J. Antero Carmona

Comité Científico

Ángela M^a Ortega Galán

M^a José Cáceres Tito

M^a Ángeles Merino Godoy

Gema Tenor Salas

Antonio Minchón Hernando

Luisa M^a Cruz García

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/ San Andrés, 18-20

21004 Huelva

Telf. 959 54 09 04

Correo electrónico:

secretariahuelva@colegioenfermeria.com

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 la Presidenta:

Concertar cita.

Sumario

- 3 EDITORIAL
- 4 LA OMS DECLARA "EMERGENCIA SANITARIA GLOBAL" POR LA VIRUELA DEL MONO
- 6 LA JUNTA AUTORIZA LA CREACIÓN DE LA ACADEMIA ANDALUZA DE ENFERMERÍA
- 8 EIR 2025 MENOS PLAZAS PARA FUTURAS MATRONAS
- 10 BOLSA DE ENFERMERÍA "BAREMADA Y SIN NOTA DE CORTE", PARA EL 31 DE OCTUBRE
- 11 ROCÍO HERNÁNDEZ, NUEVA CONSEJERA DE SALUD
- 12 AVANCES SANITARIOS EN LAS RESIDENCIAS DE ANCIANOS ANDALUZAS
- 13 COLEGIO Y AYUNTAMIENTO, UNIDOS POR LA SALUD PÚBLICA
- 14 EL ABSENTISMO LABORAL EN SANIDAD, ALCANZA EL 10,8%
- 15 LAS OLAS DE CALOR CAUSAN MILES DE MUERTES EN ESPAÑA Y EUROPA
- 16 EL HOSPITAL NACIONAL DE PARAPLÉJICOS CUMPLIÓ 50 AÑOS
- 16 LA SANIDAD MADRILEÑA RECONOCE A LA ENFERMERÍA
- 17 LA JUNTA QUIERE ASUMIR LA SANIDAD PENITENCIARIA
- 19 PATRICIA MAURI, ELEGIDA PRESIDENTA DEL COLEGIO DE ENFERMERÍA DE HUELVA
- 20 "QUIERO UN COLEGIO FUERTE, EFICAZ Y TRASPARENTE"
- 22 NUEVA JUNTA DE GOBIERNO
- 23 LA TOMA DE POSESIÓN DE LA JUNTA DEL COLEGIO, EN IMÁGENES
- 27 CALIDAD "ÓPTIMA" PARA LA UNIDAD DE MEDICINA PREVENTIVA DEL J.R. JIMÉNEZ
- 28 IMPACTO FÍSICO, EMOCIONAL Y FAMILIAR EN FAMILIAS CON HIJAS O HIJOS CON SÍNDROME DE DOWN: UN ESTUDIO CUALITATIVO CON PERSPECTIVA DE GÉNERO
- 38 ENFERMERÍA ONUBENSE EN AP: 1.843.203 ACTOS SANITARIOS
- 39 GUÍA ENFERMERA PARA TRATAR INFECCIONES DE ORINA EN MUJERES
- 40 ENFERMERÍA Y LA ATENCIÓN EN URGENCIAS, LIDERAN LA VALORACIÓN SOCIAL
- 42 XXX ANIVERSARIO DE LA 1ª PROMOCIÓN DE ENFERMERÍA, UNIVERSIDAD DE HUELVA (1991-1994)
- 43 TAILANDIA, EN EL RECUERDO
- 43 PATIO DEL AMOR, PRIMERA PIEDRA



EL COLEGIO SE REAFIRMA. LA CONSEJERÍA CAMBIA DE RESPONSABLE.

Ha querido la casualidad, o el azar, que en medio del mas que cálido verano de 2.024 se hayan consumado dos noticias que confluyen en todo lo que afecta e interesa a la enfermería onubense. De el lado mas cercano, la elección de la nueva Junta de Gobierno del Ilustre Colegio Oficial de enfermería provincial con Patricia Mauri Fabrega al frente de la institución. Y, de otro, el inesperado cambio en la Consejería de Salud y Consumo de la Junta por el que la enfermera Catalina García dejó el timón del sistema publico regional a favor de otra mujer, la medica Rocío Hernández Soto. Es decir, que en una época, como la estival, donde el tépico suele decir que “casi nunca pasa nada”, hemos asistido a dos acontecimientos de indudable importancia por su significado y alcance.

Si comenzamos por el mas cercano a nuestra realidad, la entidad que agrupa, defiende y representa a la enfermería onubense, vivió una jornada con derecho a formar parte del patrimonio colectivo. Como se sabe, fueron convocadas elecciones para la Junta de Gobierno tras el adiós de Gonzalo García. Y el resultado fue que se presentó una sola candidatura, la encabezada por Patricia Mauri, por lo que no hubo necesidad de acudir a las urnas y, de este modo, confirmar el inicio de una nueva etapa para la corporación colegial que, por primera vez en muchos años, preside una mujer coincidiendo con una época que, nadie duda, aparece marcada por la, complejidad y circunstancias de todos conocidas.

Patricia Mauri ha configurado un equipo de dirección en el que, esta presente la valiosa experiencia de quienes han venido actuando, durante los últimos años reconociendo su experiencia y aportación. Pero, además, se han incorporados nuevas caras con renovadas energías para completar un equipo responsable que ya trabaja codo con codo por el bien de la profesión y en el marco de una Organización Colegial sencillamente imprescindible para que los avatares que se producen con enorme rapidez se vean acompasados por los Consejos -General y Andaluz- permanentemente volcados en trabajar por y para la defensa, legitima de la enfermería en un sinfín de frentes de tanta enjundia como, por ejemplo, la escasez de plantillas, la cicatería en el numero de las plazas asignadas para la especialización, la candente cuestión de las ratios, las funciones y competencias y un largo etcétera de capítulos.

¿Y que decir del relevo habido en la cúpula de la Consejería? Cuando menos cabría calificarlo de sorprendente primero por la remodelación llevada a cabo por el presidente de la Junta de Andalucía cuando se ha cumplido algo mas de medio año de las designaciones de la Directora-Gerente del SAS, Valle García y de M^a Luisa del Moral como numero 2 (viceconsejera) del departamento. Y sorpresa igualmente, por la persona elegida para asumir la nada sencilla tarea de gestionar una sanidad publica andaluza, como la del resto del país, afectada de numerosos problemas, que giran en torno a la financiación y que abarcan, como principal quebradero de cabeza, la dotación de mayores efectivos humanos y unas listas de espera mas que abultadas, (o directamente insoportables) a lo que se une la necesidad de promover inversiones en infraestructura que en el caso de la provincia de Huelva constituye un problema tan crónico como, por ejemplo, el tiempo que lleva concluido y sin recibir paciente alguno el Hospital de la Costa Occidental en Lepe.

Con el otoño llega el tiempo de Rocío Hernández, una medico pediatra cuyo bagaje profesional esta marcado por la gestión en Centros y Distritos de Salud de la provincia de Sevilla así como en el Hospital Materno Infantil del Virgen del Rocio. Importante es consignar que Hernández se sienta en el Consejo de Gobierno de San Telmo siendo independiente, políticamente hablando lo cual, en si mismo, representa otra novedad a la hora de asumir las exigencias del complejo mundo político-sanitario presidido por las realidades partidistas y del que, al final de un intrincado proceso, depende la atención a los casi 8 millones y medio de ciudadanos. La sanidad regional “necesita” de los éxitos de Rocío Hernández porque será la mejor prueba de que el estado del bienestar, que tiene como su primer pilar la salud, remonta el vuelo. Pero en el caso, insistimos, de Huelva el reto se plantea por partida doble por cuanto es mas que urgente que el Hospital Comarcal de Lepe, el anhelado Materno - Infantil o las nuevas innovaciones que lleguen a la red de Primaria logren resolver unas carencias que vienen de lejos y ante las que es urgente poner recursos y, nunca promesas que se puedan volatilizar.

Acabamos dando la bienvenida a una nueva institución que lleva nuestro nombre. La Academia Andaluza de Enfermería equivale a dar un nuevo paso al frente como colectivo. La madurez y cualificación de los miles de profesionales repartidos por la geografía de la comunidad, merecían el nacimiento de esta Academia llamada a reforzar lo que demanda el futuro, la investigación que tiene por finalidad ser trasladada al paciente. El Colegio Oficial de Huelva saluda como merece la creación de esta Academia que nos pone en situación de igualdad con algunas regiones que ya desarrollan sus funciones.



LA OMS DECLARA “EMERGENCIA SANITARIA GLOBAL” POR LA VIRUELA DEL MONO

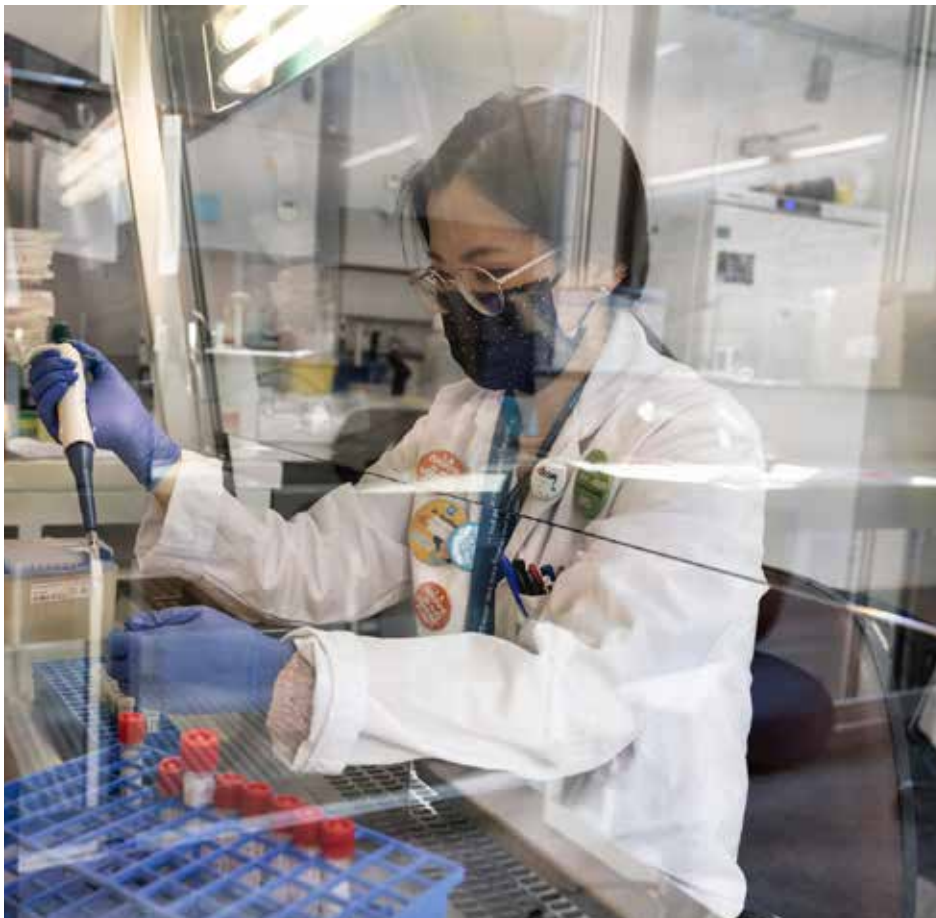
La presencia en África de una variante mas agresiva, de rápida propagación y letalidad, justifica la alerta para que las naciones propicien la vacunación.

Huelva.- Redacción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) decretó la situación de “Emergencia sanitaria internacional” a causa del brote causado por la viruela del mono, (ahora conocido como mpox), y mas concretamente por la aparición de una nueva cepa mas grave y mayor letalidad, que, además, se propaga con gran rapidez. Originaria del Congo, ha causado mas de 550 muertes desde que comenzó el año, presenta unos síntomas similares a los de la viruela y una de las principales vías de contagio son las relaciones sexuales entre hombres. España es el país de Europa, junto a Portugal y Reino Unido, con mayor incidencia.

La OMS no dudó, el pasado 14 de agosto, y, a la vista de los resultados confirmados, en declarar la “emergencia sanitaria global” provocada por la viruela del mono (mpox) una vez que el equipo de 18 expertos del organismo resolvieron la gravedad de la situación al entender que el brote representa una “seria amenaza para la salud publica” a nivel internacional. Si bien la viruela del mono suele estar latente en África, el numero de personas infectadas ha crecido de forma exponencial hasta contabilizarse mas d 550 fallecidos desde primeros de año, España, es el país europeo con mayor incidencia con esta enfermedad por cuanto no ha llegado a desaparecer desde que se detectaron los primeros casos en 2.022. Desde entonces, se llevan contabilizados 8.104 casos.

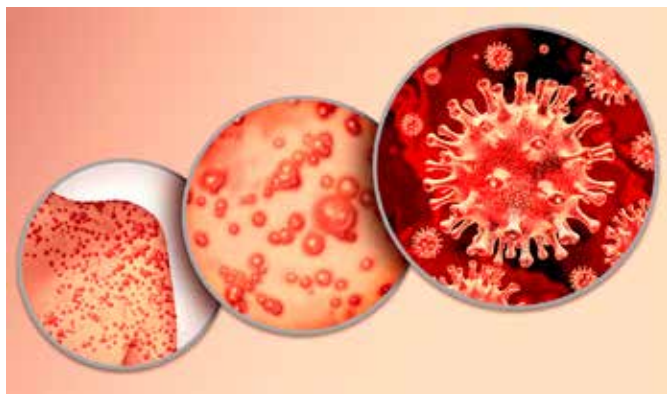
La declaración de la emergencia sanitaria no es un simple enunciado retorico o pronunciamiento político-sanitario sino que, como subrayo el Director General de la OMS, Tedros Adhanom, “se hace para salvar vidas” mientras instaba a las autoridades sanitarias a que adopten las medidas pertinentes (básicamente la vacunación) ante la rapidez de propagación y carácter letal de la variante. La OMS esperaba que los países aumentan la producción de vacunas de la viruela humana, único remedio que puede contener la expansión del virus y que, como se recuerda, dejó de administrarse en el año 980 tras considerarse erradicada la enfermedad. España lleva notificados mas de 8.000 casos siendo, junto a Portugal y Reino Unido, las naciones europeas mas potencialmente afectadas por el brote. El virus del mono (mpox) tiene dos variantes la mas agresiva que circula por el Congo y la menos agresiva



presente en el occidente africano y que es la que está presente en Europa.

TRANSMISIÓN Y SÍNTOMAS

Los síntomas que produce el virus del mono son muy parecidos a los de la viruela, cansancio, fiebre, dolor muscular, y cefaleas. El mejor, y casi único tratamiento es la vacunación vigente en nuestro país para los grupos considerados de riesgo, esto es personas con VIH o que llevan a cabo prácticas sexuales consideradas, también de riesgo. Los expertos han destacado dos aspectos importantes en torno a este problema de salud público global. De un lado, el gran aumento de los casos notificados por áreas del continente africano, cifrado en un 160% en relación al año 2.023. Y de otro, la rápida propagación de la cepa por transmisión sexual. Pese a ello, las autoridades españolas hicieron una llamada a la tranquilidad ante el problema



denunciado por el organismo sanitario de la ONU, aunque nada más conocerse la emergencia, aconsejaban estar “atentos y en alerta”. Básicamente porque esta clase de infecciones se están “globalizando” lejos de radicarse en una zona concreta y quedaba marcado el acento prioritario para que se pueda atajar el foco del problema en el origen, de la infección, visto que es muy difícil evitar o contener su propagación.

Por lo mismo, la propia OMS anunció la puesta en marcha de un “Plan de respuesta” al virus del mono con una dotación inicial de 15 millones de dólares al tiempo que hacía un llamamiento a las naciones para que destinen recursos para financiar el citado Plan de respuesta con sello de inmediatez. Desde la Unión Europea no se hizo esperar la respuesta y a pocas horas de conocerse el estado de emergencia sanitaria global, anunció la adquisición de 220.000 dosis de vacuna que frenen mpox. En la actualidad, son dos las principales vacunas existentes, una japonesa y la elaborada en Europa Bavaria Nordic.

VACUNACIÓN PREVENTIVA, LA CLAVE.

Nada más proclamarse desde la OMS, la situación de alerta sanitaria internacional por la viruela del mono (mpox), los Colegios de enfermería españoles expuso sus primeras valoraciones en torno a este importante problema de salud pública, agudizado por cuanto vivimos en un mundo globalizado donde los contactos personales se suceden a ritmo de vértigo en cualquier lugar de la geografía mundial. El Consejo General de enfermería trasladó su inquietud al conjunto de la profesión nacional al tiempo que instaba a los considerados grupos de

riesgo y a quienes solo tienen una vacuna, a que “acudan a los centros de vacunación de las respectivas comunidades para administrarse la pauta completa” ante el actual brote. Los puntos de vacunación, por lo que a Andalucía se refiere, son los Servicios de Medicina Preventiva de los hospitales del SAS.

En España se estima en unas 40.000 personas vacunadas frente al mpox si bien, como decíamos, solo la mitad recibió la pauta completa. La Organización Colegial de enfermería recordó que “debemos aprender del pasado y actuar con premura y diligencia. Se dispone de una vacuna y se debe hacer uso de ella. La profesión de enfermería, como ha demostrado en ocasiones precedentes, está dispuestos a dar explicaciones y asesoramiento acerca de esta enfermedad pero sin olvidar que lo más importante es cerrar la inmunización con esas 20.000 personas pendientes de completar la pauta”.

Ante este panorama, distintos organismos, entre ellos los Colegios de enfermería, coincidieron en señalar que resulta crucial seguir promoviendo “la vacunación preventiva” sobre todo entre los grupos más vulnerables y ante la situación derivada en alerta sanitaria internacional. La vacunación preventiva ha de priorizar, como señalaba el Ministerio de Sanidad, “a las personas que mantienen relaciones sexuales sin protección, principalmente, aunque no exclusivamente, hombres homosexuales, bisexuales y otros que mantienen sexo con hombres. Se da especial importancia a aquellas personas con múltiples parejas sexuales, que practican sexo en grupo que han tenido infecciones de transmisión sexual (ITS) recientemente”.

PROFESIONALES EN ALERTA

Al mismo tiempo, Sanidad emitió una nota referida al “Papel de los profesionales” en este contexto de la viruela del mono. Afirmaba que “la vacunación con una sola dosis puede enmascarar los síntomas de la mpox lo que dificulta su detección. Por eso la segunda dosis es fundamental para lograr una protección completa y evitar nuevos casos”. Y respecto al personal sanitario, el área de vacunas del ministerio de Sanidad “hace hincapié en la importancia de que los profesionales sanitarios estén alerta ante cualquier síntoma sospechoso, incluso en personas vacunadas, para garantizar un diagnóstico temprano y prevenir la propagación de la enfermedad”.

Y es que, conforme se fueron conociendo la aparición de nuevos casos de viruela en naciones cercanas a Congo (Kenia, Burundi, Uganda y Ruanda) pero también en lugares tan alejados del continente africano como, por ejemplo, China donde se confirmó la aparición de un primer caso, ponía de manifiesto de la rápida propagación de la nueva cepa del virus símico. Por lo mismo, el Director del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (RSI), profesor Ogoina no eludió la realidad del problema sanitario: “El recrudecimiento actual del mpox en distintas zonas de África, junto con la propagación de una nueva cepa sexualmente transmisible del virus causante de la enfermedad, constituye una emergencia no solo para África sino para todo el planeta. La mpox no recibió la atención que se merecía en África, donde se originó, y más tarde provocó un brote mundial en 2.020. Es hora de actuar con decisión para evitar que la historia se repita”.



LA JUNTA AUTORIZA LA CREACIÓN DE LA ACADEMIA ANDALUZA DE ENFERMERÍA



Huelva.- Redacción



La enfermería andaluza se merecía tener una Academia propia

La Junta de Andalucía ha dado autorización para la creación de la denominada oficialmente Academia Andaluza de Enfermería además de aprobar sus estatutos por los que regirá el funcionamiento de esta nueva institución presagio del mejor futuro. De esta forma, nuestra región se suma a las de Extremadura, Galicia, País Vasco y Comunidad Valenciana al contar con un organismo que representa el “conjunto de disciplinas de una entidad científica propia” además de resaltar su “carácter humanista y altruista de sacrificio y ayuda a los demás”. La Academia, que tendrá su sede en Córdoba, se constituye como una corporación de Derecho público, de naturaleza científica, y dotada de personalidad jurídica propia.

► **La Consejería de Universidades e Investigación respalda una apuesta que dota a la profesión de una herramienta para potenciar la investigación y los avances profesionales**

La Junta de Andalucía, en reunión de su Consejo de Gobierno (23 Julio 2.024) dio autorización a la propuesta de la Consejería de Universidad, Investigación e Innovación que preside José Carlos Gómez Villamandos para crear la Academia Andaluza de Enfermería que tendrá su sede en la capital cordobesa. Tal decisión se adoptó tras un informe independiente elaborado por la Agencia de Calidad Científica de Andalucía (ACCUA) y aprobada en reunión de expertos “en ámbito científico-técnico”

y de, las alegaciones que presentaron al informe inicial los promotores de la nueva Academia. A ello se sumaron las aportaciones de los 99 avales recibidos para su constitución.

DERECHO PUBLICO

El citado informe reconoce a Enfermería, o Ciencias de la Enfermería, “con un conjunto de disciplinas de una entidad científico-técnica propia” como así lo demuestran las numerosas aportaciones a cargo de enfermeras y enfermeros al saber “además de la característica técnica exclusiva de las disciplinas de las Ciencias de la Enfermería y de su carácter humanista y altruista de sacrificio y ayuda a los demás”. Desde la ACCUA, también se consideró que los objetivos que persigue esta nueva Academia se encuentran “totalmente relacionados con el campo científico en el que se encuadra esta disciplina” en consonancia con las ciencias de la enfermería a la vez que se valoró el “impulso que ha experimentado en los últimos años la investigación enfermera”.

En la referencia oficial, la Junta destacó que la nueva Academia Andaluza de Enfermería se constituye como una “corporación de Derecho público, de naturaleza científica, dotada de personalidad jurídica propia y con plena capacidad para el cumplimiento de sus fines de interés público general”. Una vez formalmente constituida, la Academia esta previsto se incorpore al Instituto de Academias de Andalucía y, en consecuencia, “pasará a constituirse como Agentes del Sistema Andaluz del Conocimiento. En los estatutos que van a regir su funcionamiento se contempla que el nuevo organismo se conformara con un máximo de 48 académicos numerarios, además de los académicos correspondientes y los académicos de honor que puedan ser designados y que, al menos, la mitad de ellos deberán ostentar la cualidad de doctores. El respaldo oficial contempla que el mandato de la Junta de Gobierno se establecerá por un periodo de cinco años si bien sus miembros podrán optar a la reelección.

FUNCIONES Y SÍMBOLOS

Las funciones que competen a la flamante Academia Andaluza de Enfermería figuran, entre otras, su contribución al “progreso y desarrollo de las ciencias de la enfermería” asumiendo como “fin fundamental el fomento de la investigación y la innovación y específicamente la promoción y divulgación del conocimiento en este ámbito científico”. A su vez, la Academia fomentará la investigación, el estudio y la divulgación de la historia de



► La Academia se constituye como una corporación de Derecho público y con personalidad jurídica propia

la enfermería andaluza, mientras establecerá los criterios e interpretaciones de carácter científico, técnico, sanitario, docente, de información o divulgación sobre cuestiones y problemas del ámbito de la enfermería que se planteen a la sociedad. La Academia también podrá actuar como “órgano de consulta y asesoramiento” del Gobierno andaluz, de la administración regional, de las universidades y, en su caso, de las corporaciones locales en aquellas materias propias de su finalidad como institución.

Otro de los objetivos programáticos de la Academia Andaluza de Enfermería será materializar su contribución para “reforzar y mejorar la calidad del Sistema Andaluz de Ciencia, Tecnología e Innovación mediante la colaboración con otras entidades, públicas y privadas, movilizándolo los recursos disponibles para avanzar en la mejora técnica de las empresas, de las administraciones públicas y de la sociedad andaluza. Referida a estas entidades reconocidas por la Consejería de Universidades e, Investigación, la provincia de Huelva ya cuenta con dos instituciones de similar rango: la Academia de Ciencias, Artes y Letras y la Academia Iberoamericana de La Rábida.

La Academia ha adoptado como símbolos los propios de la enfermería. Esto es: la lámpara de aceite con llama, símbolo de calidad, transparencia y respeto. El color elegido es el blanco símbolo de pureza y cualificación personal. También aparece el color gris propio de los estudios de la enfermería que se relacionan con la autoexigencia, generosidad, y dotes humanísticas que califican a la profesión. Y, por fin, se contempla la Cruz de Malta cuyas cuatro esquinas interiores representan las cuatro virtudes cardinales: prudencia, justicia, fortaleza y templanza.

La Academia y sus secciones.

En el BOJA (145) queda constancia de los diferentes apartados que, en su conjunto, van a dar forma a la Academia. Y entre los postulados más destacados, dejemos constancia de que el organismo girará sus actuaciones en torno a ocho secciones o departamentos principales. A saber:

- 1) Observatorio
- 2) Calidad y Excelencia de la práctica enfermera,
- 3) Reputación enfermera
- 4) Apoyo a la investigación y a las buenas prácticas enfermeras
- 5) Innovación y transformación digital
- 6) Publicaciones y comunicación
- 7) Enfermería especializada
- 8) Historia de la enfermería

Patricia Mauri “UN PASO ADELANTE EN EL FUTURO DE LA PROFESIÓN”



La autorización por la Junta para crear la Academia Andaluza de Enfermería mereció, desde el primer instante de conocerse, numerosos reconocimientos en el seno de la profesión. De una forma callada y eficaz, los promotores han logrado ver cristalizado un proyecto que, sin duda, va a tener su reflejo e impronta en el bagaje del colectivo.

Al respecto, la presidenta del Colegio de Huelva, Patricia Mauri Fabrega confesó la “alegría que debemos compartir la profesión andaluza ante el nacimiento de un organismo llamado a potenciar el desarrollo futuro del colectivo al que todos estamos llamados y comprometidos. Por ello, quiero dejar constancia del respaldo y felicitación del Colegio de Huelva al ver materializado, tras un año de duro trabajo, al nuevo organismo que, sinceramente, se merecía la profesión que ejerce en nuestra tierra”.

Patricia Mauri quiso destacar a DOCUMENTOS... lo que significa y va a representar la Academia: “Es algo trascendente porque nace con el sello de tener personalidad jurídica propia, y plena capacidad para fomentar la investigación y la innovación en nuestro ámbito. Tendrá autoridad para fomentar aquellas iniciativas que redunden en el bien común mediante el servicio y la atención a los pacientes. Los colegiados onubenses han de saber que la Academia desarrollará funciones como un órgano de consulta y asesoramiento con la Junta de Andalucía, igual que con las Universidades de la comunidad, y, si procede, también con los ayuntamientos dentro de las funciones propias de su cometido como institución”.

Por todo, la presidenta del Colegio onubense afirmó que “la Academia contará con la colaboración de los Colegios Oficiales de las ocho provincias en todo lo que supongan nuevos horizontes para la enfermería andaluza. Vivimos tiempos de cambios y expectativas. Nada mejor para los intereses del colectivo que disponer de un valioso instrumento que potencie las cualidades enfermeras para hacerlas llegar a la sociedad mediante el análisis, la investigación, y la promoción de la enfermería como método científico en el campo de las Ciencias de la Salud. La Academia podrá promover patrocinios, públicos o privados, para desarrollar aquellas apuestas que se consideren de utilidad para la profesión y, sobre todo, para los pacientes. La Academia nace con la mayor ilusión y, por lo mismo, invito a la enfermería se acerque a esta nueva realidad para ser partícipe de lo que significará en el ámbito multidisciplinar en el que enfermería tiene un cometido y personalidad propios”.



EIR 2025 MENOS PLAZAS PARA FUTURAS MATRONAS

Huelva.- Redacción

El Ministerio de Sanidad dio a conocer el contenido de la convocatoria para la Formación sanitaria Especializada (FSE) correspondiente al año 2025. El total de las plazas ofertadas para las diferentes titulaciones académicas asciende a 11.934 puestos lo que comporta un incremento del 2.9% respecto al año pasado. Por lo que a Enfermería se refiere, lo más destacable es que alcanzan 2.171 plazas lo que es igual, un aumento de 63 puestos respecto a la edición anterior. Pero con una significativa particularidad: las posibilidades para formación de futuras matronas se reducen en 18 plazas. El examen, ya tiene fecha: 25 de enero de 2025.

El Ministerio de Sanidad dio a conocer uno de los hitos más esperados por el conjunto de las profesiones que están presentes en el mundo sanitario en España. La FSE del 2025 se componen, entendido a nivel nacional, con un total de 11.934 plazas conforme al acuerdo logrado en la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud (SNS). En concreto, y por titulaciones, la oferta para la especialización queda configurada, a la espera de ser finalmente ratificada en el BOE, del modo que sigue: Medicina (9.007 plazas, 3% más), Enfermería (2.171 plazas, 3% más), Farmacia (352, plazas, 4% más), Psicología (274 plazas, 11% más), Biología (63 plazas, 3% menos), Física (51 plazas, 1% más), Química (25 plazas, 7% menos).



Las plazas reservadas para personas con discapacidad ascienden a 836, Sanidad dio cuenta que el cupo para aspirantes

extracomunitarios sin permiso de residencia es de hasta 901 puestos para la titulación de Medicina (10%) 4 plazas para Farmacia (1%) y 22 para enfermería (1%).

La titular del departamento, Mónica García apuntó que se trata de la “mayor oferta de plazas de especialización de la historia” destacado las 9.007 destinadas a titulados en medicina, de las que 2.598 corresponde a Medicina Familiar y Comunitaria, con un 1% más que en la última convocatoria mientras que en la relativa a la especialidad de enfermería Familiar y Comunitaria la cifra asciende a 919 puestos, con un aumento del 3% tras la última edición. García, subrayó como novedad que “se ha abierto la posibilidad a que la elección del año que viene sea de nuevo presencial”.

ENFERMERÍA, LEVE AUMENTO

Por lo que afecta a enfermería, Sanidad pone en liza, a nivel nacional, un total de 2.171 puestos para optar a la residencia de enfermería, lo que representa un incremento de 63 plazas más (2,8%) que en la última edición de la FSE. Con un nuevo e importante dato: en cinco de las seis especialidades que contempla el colectivo, se registran aumento de plazas mientras que en la de Enfermería Obstétrica. Ginecológica (Matrona) la novedad es que la oferta se ha visto reducida en 18 puestos lo que significa una rebaja del 3,8% sobre la citada última convocatoria que, en la actualidad, vive su proceso de formación. De cualquier modo, las futuras Matronas ocupan el segundo lugar en cuanto a posibilidades de alcanzar la especialización profesional.

Y es que, de nuevo, la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria es la que dispone de la mayor oferta (919 plazas) del total de opciones (2.171) destinadas a lograr la formación postgrado en la profesión enfermera española. El área de la Salud Mental crece en 21 plazas muy cerca de las que aumentan (19) en Pediatría. Luego, con índices menos importantes, aparecen las especialidades de Geriátrica (7 puestos más), y Trabajo (con 6 más). Por regiones, Cataluña lidera el escalafón (408 plazas) en cuanto al número de plazas en el EIR de 2.025, seguida de Andalucía (327) y la Comunidad de Madrid (248). A continuación aparece la Comunidad Valenciana (172 puestos), Castilla y León (151), Castilla La Mancha (115), País Vasco (114), Galicia (113), Región de Murcia (103), Islas Canarias (98), Aragón (79), Extremadura (71), Islas Baleares (59), Asturias (54), Navarra (24), y, finalmente, La Rioja (7). Eso sí, desde la sanidad madrileña se ha pedido a la Ministra Mónica García que se le aumenten, con carácter extraordinario, el número de plazas para Medicina de Familia con 1.000 puestos más.



TODAS LAS PLAZAS

A este respecto, y en cuanto interesa a la enfermería, nacional, es pertinente consignar que la Comisión Delegada ha solicitado que se lleguen a convocar la totalidad de plazas convocadas. Dicho de otra forma, enfermería cuenta con un total de 2.478 plazas acreditadas en el conjunto de las Unidades docentes que hay repartidas por todo el SNS. Pero, a la hora de concretar la asignación final en el seno de la Comisión de Recursos Humanos del mismo SNS, la previsión es convocar 2.171 plazas, que corresponde con el 87% de las acreditadas. Por lo mismo, la Comisión Delegada de enfermería no ha dudado en solicitar que se convoquen la totalidad de las plazas acreditadas y, de este modo, evitar que más de 300 plazas de futuras especialistas se vayan a quedar sin incluir en la oferta final. En la Organización Colegial de enfermería existe un profundo sentimiento de “malestar e incomprensión” ante la escasez de puestos para la formación teniendo en cuenta las necesidades reales que tiene la sociedad española.

► Enfermería, a nivel nacional, dispondrá de 2.171 puestos (2,8% más respecto al año anterior). Preocupa la situación de la especialidad de Enfermería del Trabajo.

El Ministerio dio cuenta que para este año, el examen no contará con nota de corte, medida con la que se busca facilitar que se cubran todas las plazas. Sanidad también informó que la pruebas de acceso para todas las titulaciones presentes en la convocatoria tendrán lugar el próximo 25 de enero de forma que, con ese adelanto, se va a facilitar la incorporación “lo más pronto posible” a la formación especializada de los nuevos egresados de las distintas Facultades. Y la tasa establecida como derecho para acceder al examen el 25 de enero es de 23,33 euros para enfermería mientras el resto de titulados (medicina, enfermería, biología...) se ha establecido en 31,10 euros.

LA DISTRIBUCIÓN

A la espera de verse publicado en el BOE, esta es, en principio, la distribución de las plazas de especialización de enfermería en el curso 2024.2025 a nivel nacional.

Especialidad	Nº plazas	% Última adjudicación
Enf. Familiar/ Com.	919	(3,1%)
Enf. Matrona	451	(-3,8%)
Enf. Salud Mental	351	(6,4%)
Enf. Pediátrica	265	(7,7%)
Enf. Trabajo	93	(6,9%)
Enf. Geriátrica	92	(8,2%)
Total Plazas 2.171		

MATRONAS, DECEPCIÓN

Conocida la asignación de plazas para el EIR 2025, no tardaron en conocerse las (habituales) reacciones que, desde la

profesión, consideran “claramente insuficiente” la dotación de puestos en base a las necesidades que, año tras otro, continúan sin resolver para deparar la mejor atención a los ciudadanos.

La Organización Colegial de Enfermería no dudó en reclamar un mayor número de plazas dado que, si no se remedia vía BOE, quedarán unas 300 sin confirmarse en el conjunto de las seis especialidades en vigor. Ahora bien, si hay una crítica con relación a la última hornada para formar aspirantes, es la de Matronas que, lejos de crecer, ha visto reducido su cupo en 18 plazas (4% menos) respecto a la última asignación. Desde la vocalía de Matronas, tanto a nivel del Consejo General como del Colegio de Huelva, califican de “incomprensible” esta disminución de efectivos que se ha provocado un auténtico “estupor” entre las actuales especialistas de la enfermería Obstétrica-Ginecología.

El Colegio de Huelva, como se recuerda, celebró, meses atrás, el Día de estas especialistas, mediante un foro donde se puso de relieve la problemática que, al día de hoy, tienen las matronas onubenses y que, como del resto de España, acusan un claro déficit de profesionales, que se corresponde con la cobertura, incertidumbre ante el relevo generacional, intrusismo, competencias... y todo lo que comporta la atención a la mujer, sea en el primer nivel asistencial y en el hospitalario.

CRISIS EN LA ESPECIALIDAD DEL TRABAJO

Existe una marcada inquietud en la especialidad de Enfermería del Trabajo al conocerse que el organismo donde se forman los médicos y enfermeras en esta especialidad atraviesa una crisis de importancia incluso “con amenaza de cierre” por falta de personal docente y administrativo que imposibiliten su normal funcionamiento.

El Consejo General de enfermería tuvo conocimiento de un informe de las Subcomisiones de enfermería y tutores de enfermería de las Unidades docentes en Salud Laboral en el que se expone la delicada situación que afecta a la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo dependiente del Instituto de Salud Carlos III y organismo responsable de la formación de las enfermeras especialistas en Enfermería del Trabajo. Si la Escuela no pudiera seguir desarrollando sus funciones, la formación de las futuras promociones de enfermeras y médicos del Trabajo desembocaría en un problemático panorama con clara repercusión en la salud de millones de trabajadores españoles.

Por tal motivo, el Consejo General de enfermería se dirigió a la Ministra de Sanidad, Mónica García para que actúe ante la situación “de extrema gravedad” que afecta a una especialidad profesional y a un centro con gran “prestigio histórico” dentro del SNS como es la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo, con más de 70 años de vigencia y donde se han formado tantas generaciones de especialistas por ser Centro de referencia en Seguridad e Higiene en el ámbito laboral.



BOLSA DE ENFERMERÍA “BAREMADA Y SIN NOTA DE CORTE”, PARA EL 31 DE OCTUBRE

Huelva.- Redacción

La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía anunció su compromiso para que el próximo 31 de octubre “toda” la Bolsa de empleo correspondiente a enfermería esté “baremada y sin nota de corte”. Así lo hizo la ahora exconsejera Catalina García durante un comparecencia en el Parlamento de la región cuando precisó que el compromiso es que “a 31 de octubre toda la Bolsa de enfermería del SAS esté baremada y sin nota de corte”. De esta forma, si se cumple la predicción en los planes que maneje la actual consejera Rocío Hernández se podría ver encauzado un de los problemas mas acuciantes y perjudiciales para un elevado numero de profesionales, visto que no se ha cumplido uno de los puntos que están contemplados entre de la administración de la comunidad y los agentes sociales en el llamado Pacto de Sanidad sobre la Bolsa de empleo temporal.

En medios sanitarios se entiende y confía, en estas horas de espera tras el cambio de titular en el departamento, que la actual consejera de Salud, Rocío Hernández, no echará en saco roto sino que, antes al contrario, estaría en condiciones de asumir como propio, el anuncio realizado por su antecesora en el cargo ante los diputados autonómicos, donde, además, Catalina García aseguró que en noviembre de 2024 se “volverá a abrir la Bolsa para poder presentar los méritos del presente año”. Algo que sigue siendo motivo de honda preocupación por cuanto afecta y perjudica a centenares y miles de profesionales entre ellos los que han finalizado hace pocos meses los estudios de Grado y que al no tener opción de presentar su inscripción en su condición de nuevos aspirantes, es motivo para que muchos de ellos habrían decidido aceptar ofertas laborales desde otros puntos de España o del extranjero al

como no poder añadir nuevos méritos. La Bolsa, conviene tener presente, atraviesa una etapa de permanencia cerrada desde hace mas de nueve meses, para nuevas inscripciones.



240.000 EXPEDIENTES

Desde el departamento de Salud se justificó esta anomalía aludiendo a que “los gobiernos socialistas dejaron como herencia un modelo de bolsa obsoleto y farragoso que conforme afirmó Catalina García estamos dispuestos a cambiar a la mayor brevedad posible”. Por lo mismo, el SAS recordó “el ingente trabajo” que se esta llevando a cabo desde los Servicios centrales para baremar mas de 240.000 expedientes así como mas de 11,2 millones de expedientes personales entre todas las categorías y niveles que están presentes en la sanidad pública de la comunidad. En este mismo contexto, la administración regional quiso destacar que la demora de actualización de la Bolsa “se debe a las numerosas Ofertas de Empleo Publico (OEP) así como de los Concursos de Traslado puestos en marcha en los últimos tiempos.

En concreto, la administración sanitaria dio a conocer el pormenor, digamos, técnico, que ha supuesto la demora de la Bolsa. Así, han sido mas de 65.000 las plazas fijas ofertadas a través de las OPE desde el año 2.019, así como 25.400 interinidades, las 51.000 plazas ofertadas en el Concurso de Traslados, la estatización de 6.500 profesionales procedentes de la integración desde las Agencias sanitarias y, por fin, “la ampliación de plantilla en 23,82 plazas mas para el cumplimiento del Pacto por la Mejora de la AP. En base esta argumentación, en el Parlamento de Las Cinco Llagas quedó ratificado e propósito de que, a finales del año el 94% de la plantilla del SAS se encuentre estabilizada”.

Y en este mismo contexto laboral, tiene mucho que ver el relevo habido (del que damos cuenta en otro lugar de esta edición) la frente de la Dirección general de Personal del SAS con la llegada de José Luis Sedeño en lugar de Carmen Bustamante. La plantilla del SAS representa la mayor empresa de la región con algo mas de 104.000 trabajadores y su problemática está acorde con la magnitud de empleados. No pareció extraño que Rocío Hernández se reuniera, en los primeros días de agosto, con la Mesa sectorial en donde están representadas las organizaciones sindicales. Hernández quiso poner en valor el trabajo llevado a cabo por el anterior equipo liderado por Catalina García y avanzó la apuesta permanente “en los temas prioritarios de la sanidad publica andaluza, la mejora de las condiciones laborales, la optimización de los recursos asistenciales y la innovación en la atención sanitaria”. La consejera dijo que su compromiso “marca e inicio de una nueva etapa de cooperación centrada en la consolidación de un sistema de salud mas robusto y equitativo, si cabe para todos los andaluces.



ROCÍO HERNÁNDEZ, NUEVA CONSEJERA DE SALUD

Medica Pediatra y experta en gestión de Hospitales y Primaria, releva a Catalina García al frente del departamento sanitario. Asegura que enfermería es “pieza clave” en el funcionamiento del sistema.



Huelva.- Redacción

La etapa en que la enfermera Catalina García lideró la sanidad pública en Andalucía llegó a su fin cuando, el pasado 29 de julio, el presidente Juanma Moreno anunció la remodelación del Gobierno regional al que accedió Rocío Hernández Soto como nueva consejera de Salud y Consumo mientras Catalina García pasaba a dirigir el departamento de Sostenibilidad y Medio Ambiente. Rocío Hernández (nacida en Irún, Guipúzcoa, julio 1.971) es doctora en Medicina y especialista en Pediatría por la Universidad de Sevilla, con amplia formación de postgrado en Desarrollo Directivo, Urgencias y Emergencias pediátricas.

Moreno Bonilla sorprendió al mundillo sanitario regional al colocar al frente de la Consejería a Rocío Hernández, cuyo nombre no entraba en las quinielas de “posibles” sucesoras de Catalina García, a quien el capítulo de las listas de espera resultó un factor determinante para el cambio. Por su parte, Rocío Hernández se inició en tareas de dirección al frente del Centro de Salud en El Viso del Alcor (2.007), pasando en el mismo cargo al de La Algaba (2.009) hasta que en 2.010 fue nombrada subdirectora médica del Hospital Infantil y de la Mujer del Virgen del Rocío. En 2.013 ocupó la dirección de Salud en el Distrito de AP Aljarafe Sevilla-Norte y en marzo de 2.019 la Gerencia del mismo Distrito donde ha permanecido hasta ser promovida al frente de la consejería. Es, además, presidenta de la Sociedad Española de Directivos de AP (Sedap) y en sus primeras tomas de contacto institucionales con los agentes sanitarios ha prometido una “permanente

voluntad de diálogo y compromiso intenso por el bien de la sanidad pública andaluza” buscando “soluciones efectivas que beneficien tanto a los profesionales como a la ciudadanía”.

En el perfil profesional de Rocío Hernández sobresalen dos facetas. Tiene un marcado acento como gestora y llega a la Junta de Andalucía en calidad de independiente porque no está afiliada a ninguna formación política, lo que no ha impedido que Moreno Bonilla le encomendara las riendas de un área tan cargada de problemas como es la sanidad. Hernández Soto quiere trabajar, entre otras muchas apuestas, en una faceta importante cual es la labor preventiva en la AP que ayuden a aminorar la frecuentación a los hospitales dado que, en ambos niveles, ha tenido un amplio recorrido profesional. Esto puede significar que la flamante consejera podría incorporar la promoción de la educación en salud como un argumento clave para los años venideros además de ser partidaria de que al paciente se le debe dar cuenta de la patología que padece pero, a la vez, que vaya acompañado del estilo de vida y hábitos que se correspondan con su problema de salud.

ENFERMERÍA, CLAVE

Como presidenta de la SEDAP, la entidad celebró, el pasado mes de junio, su XXIII Congreso Nacional convocado bajo unas directrices tales como el valor y el papel de la AP en la sostenibilidad de los sistemas sanitarios, la potenciación de las “herramientas digitales como favorecedoras de datos en valor”, la atención a la cronicidad desde una perspectiva “innovadora” afirmando

la “necesidad de una comunicación efectiva, el paciente como protagonista, la enfermera como pieza clave y el liderazgo, entre otros”. Al mismo tiempo, la consejera es una decidida partidaria de fomentar la investigación en AP como el acercamiento a esa realidad llamada Inteligencia Artificial entendida desde la óptica de los beneficios que puede aportar a los responsables sanitarios.

Al cierre de la edición de DOCUMENTOS... la consejera Hernández no había promovido cambios de relieve en la cúpula del equipo, diseñado por Catalina García. Es decir: se mantiene la cordobesa Valle García como Directora-Gerente del SAS y la linarense María Luisa del Moral de viceconsejera y número 2 del organigrama oficial. Ambas directivas fueron nombradas al acabar 2.023 por lo que el equipo responsable reúne a estas tres, médicas con amplia experiencia en el sistema público andaluz.

Sin embargo, Rocío Hernández, en una de sus primeras decisiones tras tomar posesión, designó a un nuevo Director General de Personal del SAS en la persona de José Luis Sedeño Ferrer, (Málaga 1.970). Licenciado en Derecho, y, experto universitario en Dirección y Gestión de Recursos humanos por la Universidad malagueña y en Gestión sanitaria por la EASP. Desde el año 2.000 ha desempeñado cargos de responsabilidad en asuntos de personal en diferentes hospitales andaluces y Agencias públicas sanitarias (061) incluyendo actuaciones para la integración de esas Agencias en el SAS. Sedeño sustituye a Carmen Bustamante quien ocupó esa Dirección General los dos últimos años.



AVANCES SANITARIOS EN LAS RESIDENCIAS DE ANCIANOS ANDALUZAS

Huelva.- Redacción

La atención a las personas que viven en las Residencias de ancianos en Andalucía va a experimentar un importante avance. La llamada “I Estrategia andaluza para la coordinación sociosanitaria 2024-2027, firmado el pasado marzo entre la Junta y los agentes sociales de la que dimos amplia información, va a permitir que profesionales sanitarios y de servicios sociales puedan incorporar importantes herramientas que, sin duda, se irán traduciendo en una “atención mas integral, personalizada e inmediata”. Esta en marcha un Plan piloto de cuidados intermedios con participación de enfermería a través de 30 plazas de las que 4 están en Huelva. Andalucía cuenta con 637 centros residenciales donde viven 43.315 mayores de edad.

► El acceso a la historia clínica de los mayores hará posible una “atención mas integral, personalizada e inmediata”

Salud anunció que “adecuará la cartera de servicios” a las personas que viven en Residencias. La I Estrategia andaluza para la coordinación sociosanitaria en el periodo 2.024-2.027 se va a traducir en hechos concretos en beneficio de tan importante numero de seres humanos que, a su edad, se añaden dolencias y patologías crónicas que reclaman la mejor atención. Las Consejerías de Salud y Consumo y la de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad, acaban de anunciar que los profesionales sanitarios y de servicios sociales que pertenecen a la Junta de Andalucía así como a Ayuntamientos y diputaciones van a poder acceder los sistemas de información (historial clínico) de la población

atendida de dichas instalaciones con el fin de “prestar una atención mas integral, personalizada e inmediata”.

El objetivo es adecuar los servicios y catálogos de la sanidad publica a las necesidades de las personas que necesitan atención sanitaria y social, que de tener acceso a las historias clínicas, se pondrá en marcha un proyecto de “Cuidados intermedios” que, con carácter piloto, para mejorar la asistencia a personas de edad avanzada con discapacidad. La administración regional confirmó que ya esta en marcha, estos Cuidados intermedios para personas mayores y dependientes que financiados con fondos europeos, de momento cuenta con 34 plazas repartidas por las provincias de Sevilla (20), Almería (10) y Huelva (4).

TRAS LA HOSPITALIZACIÓN

Son personas, mayores de 50 años, que tras ser hospitalizadas por patologías diversas (rotura de caderas, rodillas, hombros, etc.) necesitan un periodo temporal de convalecencia pero que carecen de apoyo familiar suficiente para recibir los cuidados en sus domicilios.

La estimación oficial es que son unas 310.000 las personas en situación de dependencia en nuestra región que precisan recibir la asistencia por personal sanitario y social. Los datos indican que el 69,4% de esta población tiene mas de 65 años siendo la mayoría (un 72,3%) mujeres y dentro de este grupo el

70% tiene 80 años o mas. El problema que presenta el creciente envejecimiento de la sociedad acarrea un aumento de la fragilidad y la dependencia lo que obliga a alcanzar la mayor “coordinación entre los profesionales sanitarios y sociales”.

Es un punto clave el que los sanitarios de residencias puedan tener acceso a la historia clínica, en concreto de las 14 residencias de mayores adscritas a la Consejería de Inclusión Social Juventud Familias e Igualdad. Otra de las propuestas mas novedosas para mejorar la salud de las ancianos es el Programa de Rehabilitación neurocognitiva asistida por ordenador para quienes padecen Alzheimer y otras demencias de carácter neurodegenerativo. Un total de 164 Centros de Día y 322 centros residenciales van a disponer de 2.579 equipos informáticos para acometer la rehabilitación. Para que este programa se vaya consolidando, resulta necesario la composición y funciones de los equipos locales intersectoriales en el nivel de la AP, o lo que es igual entre el personal de los Centros de Salud (medicina y enfermería principalmente) y el personal de servicios sociales comunitarios.



COLEGIO Y AYUNTAMIENTO, UNIDOS POR LA SALUD PÚBLICA

Huelva.- Redacción

El Ayuntamiento de Huelva y el Colegio Oficial de enfermería de la provincia onubense han firmado un convenio de colaboración el que ambas entidades se comprometen a “trabajar unidas en materia de prevención, promoción y prevención de la salud de los ciudadanos”. La Alcaldesa Pilar Miranda Plata y la responsable del Colegio, Patricia Mauri Fabrega, sellaron el acuerdo en un acto celebrado en la sede consistorial cuya primera edil precisó que este convenio se enmarca en las noticias y estrategias del área de Salud de la Consejería de Turismo, Comercio, Salud y Consumo y en presencia de la responsable del área, Pastora Giménez Corpas.

El Ayuntamiento de la capital y el Colegio Oficial de enfermería de la provincia han puesto blanco sobre negro su voluntad de avanzar unidos en aquellas actuaciones que sirvan para trabajar unidos en labores de “prevención, promoción y protección de la salud en los onubenses”, Pilar Miranda y Patricia Mauri rubricaron esta decisión que compromete a las dos instituciones. Miranda subrayó que, dentro del área de la concejalía correspondiente se quiere “apostar por la cooperación intersectorial entendida como la estrategia de trabajo más eficaz y de mayor conexión con la ciudadanía, para implicar a todos los sectores sociales relacionados con los problemas de salud”.

► Pilar Miranda y Patricia Mauri coinciden en “unir sinergias para fomentar y sensibilizar a la población en hábitos saludables”

En el acto de la firma, y junto a la presidenta del Colegio, la alcaldesa de Huelva justificó el convenio por cuanto “esta alianza es fundamental porque la

enfermería ocupa un lugar imprescindible entre las Ciencias de la Salud”. Básicamente, aseguró la responsable municipal “porque la enfermería es el único profesional del equipo de salud que permanece las 24 horas de los 365 días del año al lado del paciente, desarrollando funciones asistenciales, administrativas, operativas, docentes y gerenciales para brindar cuidados integrales de salud a la persona, a la familia y, en suma a la comunidad”. Por lo mismo, la Alcaldesa Miranda reiteró su agradecimiento destacando y poniendo en valor el “continuo esfuerzo del Colegio Oficial de enfermería de Huelva demostrado con distintas actividades que buscan acercar la profesión a los ciudadanos, intentando mejorar nuestra salud y, en definitiva, contribuir a un idéntico objetivo como es mejorar nuestro bienestar social”.

UNIR SINERGIAS

Mediante este convenio, se establece canal formal de comunicación entre ambas entidades para avanzar en la colaboración, cooperación y apoyo de forma continuada con el objetivo de la “mejora de las acciones” en el ámbito de la salud en la ciudad de Huelva. Para ello se articulará una Comisión de seguimiento desde la que se concretarán las acciones a desarrollar así como velar por el cumplimiento de lo contemplado entre consistorio y corporación profesional. Tanto el Ayuntamiento como el Colegio de enfermería coincidieron en precisar que este convenio no comporta coste alguno para las arcas municipales, todo por la salud pública de la población.

El acuerdo nace de la voluntad de las partes de “trabajar unidas” para mejorar la coordinación y la eficacia en acciones relacionadas con uno de los aspectos que mayor interés social como es: la salud pública. El horizonte de este protocolo es “buscar las sinergias” en las actuaciones que en campo sanitario llevan a cabo tanto el Ayuntamiento como el Colegio Oficial de enfermería para lo



cual se van a coordinar los diferentes programas formativos de cara a ofrecer a la población, tanto menores como adultos, una serie de actividades, talleres gratuitos, exposiciones y conferencias sobre aquellos capítulos que más interesen a la sociedad y, en esencial, que revisten de gran utilidad para ayudar a comprender y actuar llegadas aquellas situaciones de emergencias así como promover y sensibilizar a jóvenes y mayores en la adquisición de aquellos hábitos que ayuden a mantener una vida lo más saludable posible.

Patricia Mauri, por su parte, elogio “la actitud y compromiso del Ayuntamiento para que la sociedad a la que todos nos debemos pueda avanzar en el conocimiento y sensibilización de aquellos capítulos de salud que demandan las sociedades avanzadas”. La presidenta del organismo colegial se mostró “convencida de la necesidad de acercar nuestra realidad enfermera a la ciudadanía. La reciente experiencia de la Ruta enfermera nos ha demostrado que existe un enorme interés en la sociedad por posicionarse en aquellas actitudes y conocimientos que, siendo básicos, constituyen asignaturas pendientes que corresponden materializar a los profesionales de enfermería por su permanente cercanía al ser humano, desde su llegada al mundo hasta el campo geriátrico. Enfermería y el Colegio, están decididos a potenciar las facetas de prevención, promoción y educación sanitaria a la población. Y el acuerdo con el Ayuntamiento es un claro ejemplo”.



EL ABSENTISMO LABORAL EN SANIDAD, ALCANZA EL 10,8%

A nivel nacional se sitúa en el cuarto sector, entre diez, en cuanto a porcentaje mas alto en contraste con el de la construcción donde se reduce

Huelva.- Redacción

Preocupa, el nivel de absentismo laboral en el mundo laboral y, mas en concreto, en el sanitario. Así lo confirman las últimas estimaciones que indican haberse alcanzado el 10,8% las ausencias laborales cuyas consecuencias mas inmediatas recaen en el resto trabajadores. Tal se desprende de un Informe del primer trimestre de absentismo laboral “realizado por la firma Randstad Research en el que queda constancia que, por segundo trimestre consecutivo, el absentismo laboral ha vuelto a crecer tanto en términos generales como el absentismo causado por incapacidad temporal. Existe un dato que resume de forma objetiva esta cuestión 1.430.459 son las personas que, como promedio, cada día no comparecieron a su puesto de trabajo. Por sectores, el sanitario, a nivel nacional se sitúa en cuarto lugar entre los que presentan mayor absentismo. Por el contrario, el de la construcción es el único que registra una reducción.

El absentismo, o absentismo laboral es causa de una permanente inquietud en el mundo del trabajo. Y aunque afecte a todos los sectores productivos, el que atañe a la sanidad presenta unos índices problemáticos. Según la compañía Randstad, el último informe dado a conocer y referido al primer trimestre del año en curso el absentismo en el ámbito de la salud ha crecido hasta alcanzar un 10,8% mientras el referido a la incapacidad temporal (IT) se siga en el 7%, o lo que es igual, no se había registrado un nivel de ausentes al puesto de trabajo tan alto desde el primer trimestre del año 2.022.



Randstad Research, es una compañía (Países Bajos) o Agencia activa a nivel mundial dentro del dominio del trabajo temporal, que, asegura, da empleo a 50.000 personas al día. Una de las principales referencias en trabajo temporal, en términos generales teniendo en cuenta el número de españoles ocupados según la Encuesta de Población Activa (EPA) y en relación a las cifras de absentismo contabilizadas, cada día se ausentan de su puesto de trabajo un promedio de 1.430.459 personas, de las cuales la mayoría (1.106.316) estaban de baja médica durante el periodo analizado. Por sectores, el industrial es el que presenta la tasa de absentismo mas alta (6,9%) mientras el de la construcción es el que ofrece la tasa menos elevada (5,1%). Otros sectores que reflejan estos índices reducidos son los del empleo (2,7%), Investigación (2,1%) Jurídicos y Contabilidad (2,0%).

SECTORES PRODUCTIVOS

En el análisis de Randstad en cuanto al absentismo global por sectores productivos, el sanitario se ha posicionado en cuarto lugar en España

entre los diez que presentan la mayor tasa de absentismo. Solo se ve superado por los actividades de juegos de azar y apuestas, actividades Postales y de Correos (todos con 1,95). Otro índice contrastado es el que ofreció la firma Adecco sobre “Empresa saludable y gestión del absentismo”. En este informe, quedó verificado que el personal médico y de enfermería que no comparecen en sus puestos de trabajo estaba por encima de la media nacional. Porque si en el primer trimestre de 2.023 era un 10,4% en el marco sanitario se situaba por encima del 6,5% a nivel nacional.

Pero, ¿cual es el panorama del absentismo laboral en las distintas regiones españolas?. Randstad da cuenta que la comunidad del País Vasco se sitúa a la cabeza (y además se mantiene en esa posición) en esta parcela laboral con 8,9%, seguido de cerca de las Islas Canarias (8,3%), y Asturias (8,2%). Por el contrario, donde se registra una menor tasa de ausencias al puesto de trabajo se da en las islas Baleares (5,1%), por delante de Madrid (5,8%). Mientras Andalucía presenta una tasa media con 6,2% de absentismo laboral.



LAS OLAS DE CALOR CAUSAN MILES DE MUERTES EN ESPAÑA Y EUROPA

Huelva.- Redacción

Las olas de calor que han azotado a la mayoría de regiones españolas en el presente verano han causado un gran problema en materia de salud pública. El Instituto de Salud Carlos III, dependiente del Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades cuenta con herramientas pertenecientes al Centro Nacional de Epidemiología mediante las cuales se permite establecer lo que denominan “estimaciones sobre posibles excesos de mortalidad atribuibles a las altas temperaturas. Todo se articula a través del Sistema de Monitorización de la Mortalidad Diaria (MOMO).

Las reiteradas situaciones de elevadas temperaturas en el presente verano en España, las de calor, bautizadas por los meteorólogos, tienen un clara consecuencia en el número de personas fallecidas. En determinadas regiones se han llegado a vivir hasta trece jornadas seguidas de calor agobiante como indicaban los termómetros y por encima de 40 grados, lo que en manos de los estadísticos han convertido en un récord los índices de altas cotas en los termómetros de pueblos y ciudades españolas. Por ello, el Instituto de Salud Carlos III ha dado a conocer unas tablas “con probabilidades de exceso de mortalidad atribuible a la saltas temperaturas”.

El Centro Nacional de Epidemiología, adscrito al Instituto de Salud Carlos III dio cuenta del desarrollo de dos herramientas que permiten atribuir posibles pérdidas de vidas humanas. Para ello, el MOMO constituye un sistema específico que estima el número de muertes diarias atribuibles a las olas de calor. De mismo modo, una segunda herramienta, el Índice Kairos, aporta información complementaria con predicciones a cinco días vista sobre la probabilidad de alertas de mortalidad asociadas al calor. Para ello, MOMO utiliza tres fuentes de datos, las defunciones diarias habidas en

los últimos diez años, (excluyendo las de 2020, por la influencia de la pandemia del COVID19), las temperaturas registradas a nivel de provincias a cargo de la Agencia Estatal de Meteorología y la población entendida por grupo de edad, sexo y provincia (desde el Instituto Nacional de Estadística).

En base a estas consideraciones y premisas científicas, el Informe anual del MOMO sobre el verano de 2023, se observó “el tercer mayor exceso de mortalidad atribuible a las altas temperaturas en lo que va de siglo”, tras los veranos de 2.023 y 2.022. Concretamente, entre el 16 de mayo y el 30 de septiembre de 2.023 se “estimaron 3.009 defunciones más de lo esperado” y atribuibles a las olas de calor (hubo hasta cuatro) habidas, a nivel nacional, durante en el pasado año. De ese número de óbitos, un 66% se produjeron en el mes de agosto y de las que un 90% se concentraron en personas mayores de 74 años. En este contexto, las investigadoras Diana Gómez-Barroso e Inmaculada León Gómez, del Centro de Epidemiología, así se manifestaban sobre los sistemas MOMO y Kairos. A pesar de ser unos sistemas inespecíficos que no permiten establecer causalidad directa en su análisis, MOMO y Kairos constituyen unas herramientas esenciales de vigilancia a tiempo real como sistema de alerta para la acción en salud pública y como sistema de impacto del calor en la mortalidad de la población.

PRIMERA SEMANA DE AGOSTO 2024

Descendiendo al terreno práctico, en la semana en que comenzó el mes de agosto (del 29 de julio al 5 de agosto) del presente año, en España se produjeron 608 muertes atribuibles a las olas de calor. Una cifra que casi duplica al habida en la semana anterior (del 22 al 29 de julio) cuando se registraron 335 decesos lo que le situó en la peor semana de 2024, conforme el Instituto de Salud Carlos III. Y un nuevo dato para entender



la gravedad e incidencia sanitaria en la subida de los termómetros. Desde que comenzó el verano de 2.024 se han registrado un total de 1.308 muertes atribuibles a las olas de calor, 765 en julio y 543 en la primera semana de agosto.

Por sexos, de esas 1.308 muertes, 770 se produjeron en mujeres y 538 en hombres. Por edad, las mayores cifras fueron notificadas por encima de los 65 años con un total de 1.294 defunciones. La distribución por regiones la encabezaba Madrid (con 277 muertes) seguida de Cataluña (214), Castilla y León (142), Castilla La Mancha (132). A cierta distancia se situó Andalucía con 103 muertes además de Aragón (102), Galicia (92), Comunidad Valenciana (88), Extremadura (37), Asturias (23), País Vasco (22), La Rioja (21), Baleares (14), Navarra (21), Murcia (8), Canarias (7) y Cantabria (3). En Ceuta hubo una muerte por calor y ninguna en Melilla.

Durante el verano de 2.023, el sistema de monitorización de la mortalidad diaria por todas las causas (MOMO), llegó a identificar 3.000 defunciones atribuibles al exceso de temperaturas a nivel de toda España por lo que convirtió al pasado año en el tercer verano con mayores índices de mortalidad por esta causa. Ahora bien, este panorama no es exclusivo de España como dio cuenta el Instituto de Salud Global de Barcelona, centro adscrito a la Fundación La Caixa y dado a conocer en la Revista “Nature Medicine”. Según este Instituto barcelonés, en Europa perdieron la vida 47.690 personas en el conjunto de 35 naciones del continente. La mayor incidencia se dio en países del Sur, con Grecia a la cabeza (393 muertes por millón de habitantes, seguida de Bulgaria (229 fallecidos), Italia (209 muertes por millón) y, en cuarto lugar, España con 175 muertes por delante de Chipre (167) y Portugal(136).



CASTILLA LA MANCHA

EL HOSPITAL NACIONAL DE PARAPLÉJICOS CUMPLIÓ 50 AÑOS

Huelva.- Redacción

El Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo ha cumplido 50 años desde que en 1.974 fuera inaugurado por los entonces Príncipes de España Dn. Juan Carlos y Dña. Sofía. Este centro público de referencia en nuestro país reconocido por el Ministerio de Sanidad para el tratamiento de la lesión medular, celebró el 50 aniversario con un amplio programa de actos en el que destacó la aportación de la enfermería a través de la I Feria del Cuidado para dar a conocer los dispositivos y técnicas empleadas en los cuidados específicos en el proceso de rehabilitación integral de los pacientes.

La directora de Cuidados de la sanidad regional, Monserrat Hernández y la directora de enfermería del Hospital, M^a Jesús Bocos, destacaron la importancia que llevan a cabo las distintas Unidades del centro y los cuidados específicos para el abordaje integral de la lesión medular, una patología, “de marcado carácter traumático para los pacientes que precisan de un enfoque multidisciplinar”.

La I Feria del Cuidado en el Nacional de Paraplégicos contó con mesas redondas y ponencias para liderar un cambio hacia la excelencia en los cuidados en Castilla La Mancha. La muestra de los Cuidados dispuso de una veintena de stands donde se debatieron capítulos como, entre otros, la enfermera experta en el manejo de la vejiga, e intestino neurogénico, enfermería experta en heridas, enfermería experta en cuidados intensivos, fisioterapia respiratoria, medicina Física y Rehabilitación. El Hospital Nacional de Paraplégicos toledano dispone de una plantilla de 765 profesionales cualificados en su ámbito de actuación por la trascendencia de la lesión medular tanto en el paciente como en su entorno familiar.



MADRID

LA SANIDAD MADRILEÑA RECONOCE A LA ENFERMERÍA

Huelva.- Redacción

La sanidad de la Comunidad de Madrid sigue deparando gestos favorecedores hacia la enfermería. Si hace unos años, en plena tormenta de la pandemia, la presidenta regional, Isabel Díaz Ayuso, sorprendió al bautizar un nuevo hospital construido en tiempo récord, con el nombre de la histórica enfermera Isabel Zandal, para hacer frente al Covid-19, ahora la noticia se refiere a diferentes nombramientos que van en la misma dirección.

La Consejería de Sanidad liderada por la médico Fátima Matute ha creado en el Servicio Madrileño de Salud (equivalente al SAS) una “Gerencia de Cuidados” cuya, responsabilidad ha recaído en la enfermera Elena Fernández Caro que, con gran experiencia, se encarga de todo lo relativo a los Cuidados profesionales en la población madrileña. Desde diferentes instancias, se ha destacado la creación de esta Gerencia de Cuidados que goza del mismo nivel que el resto de Gerencias asistenciales del sistema sanitario público y en el mismo plano dentro del organigrama con funciones ejecutivas. Algo que, sin duda, ha reforzado el papel de la enfermería a la hora de abordar capítulos relevantes como la ratio, la oferta laboral, la cronicidad y el problema del envejecimiento de la población en esa Comunidad.

Pero la impronta de la enfermería ha añadido un nuevo referente. A primeros de verano, la Consejería de Sanidad ha nombró nuevos gerentes para distintos hospitales públicos de la región. En el Hospital Infanta Cristina de Parla ha sido designada como gerente la enfermera Almudena Santano, hasta entonces directora de enfermería del Hospital Universitario Puerta de Hierro. Y para la el Hospital Virgen de la Poveda, en el municipio de Villar del Prado, el nuevo gerente es el enfermero Alejandro Lendinez que proviene del Hospital 12 de Octubre y experto en Paliativos. En la Comunidad de Madrid ejercen, entre el sector público y el privado, alrededor de 40.000 enfermeras.



LA JUNTA QUIERE ASUMIR LA SANIDAD PENITENCIARIA

Huelva.- Redacción

Andalucía quiere asumir las competencias para gestionar la sanidad penitenciaria. Así se desprende tras la aprobación en el Parlamento de la comunidad instando a la Junta para iniciar la negociación con el Gobierno nacional para transferir de las competencias referidas a la administración y gestión de los equipos sanitarios presentes en las cárceles de la región. Ello comportaría que los colectivos - médicos y enfermería- que, actualmente, pertenecen a Ministerio de Interior pasaran a integrarse en Salud. Los profesionales sanitarios vinculados a los centros de reclusión, inmersos en una crisis reclaman soluciones en cuanto al aumento de plantillas y dotación económica que les iguale a sus colegas del sistema público.

Sucede que la asistencia sanitaria en los centros y hospitales psiquiátricos penitenciarios se desarrolla en el marco de una organización que no es sanitaria. Es decir, el Ministerio del Interior a través de la Secretaria General de Instituciones cuyo titular es Ángel Ortiz y dependiente del Ministro del Interior Fernando Grande-Marlasca. En España funcionan 92 prisiones de las que 15 están en Andalucía con un total, aproximado, de 400 profesionales que prestan asistencia a unos 13.000 reclusos. Con esta realidad, el Parlamento regional, abordó esta cuestión dando su aprobación, el pasado 13 de junio, a una Proposición no de Ley por la que se insta a la Junta de Andalucía a que negocie con el ejecutivo nacional al objeto de la transferencia de

las competencias penitenciaria y que se integre en el sistema público andaluz.

La Proposición no de Ley, presentada por el Partido Popular-A obtuvo el respaldo de PSOE-A, Por Andalucía y Grupo Mixto Adelante Andalucía. Por su parte, Vox se posicionó en contra manifestando que es urgente cambiar la atención sanitaria en las cárceles. Eso sí, la aprobación de la iniciativa parlamentaria deberá ir acompañada, necesariamente, de la liquidación de la deuda pendiente a la comunidad autónoma así como de la correspondiente “asignación de recursos económicos y humanos a la misma por el coste real suficiente de la asistencia sanitaria que se presta a las personas reclusas y que son responsabilidad de la administración penitenciaria, garantizando la sostenibilidad del sistema sanitario público”.

EQUIDAD Y NORMALIZACIÓN

Además, la propuesta del Parlamento andaluz insta a la Junta a que reclame al Gobierno se eliminen los contratos por los que se externalizaba la asistencia sanitaria en Atención Primaria en los centros penitenciarios de Andalucía. Los responsables y profesionales sanitarios implicados en este ámbito se mostraron convencidos sobre la “necesidad y las ventajas de integrar la sanidad penitenciaria en los respectivos servicios de salud de las comunidades autónomas. En base a este convencimiento, deberían traducirse desde la Administración General del Estado y de la Junta el mandato “legal establecido” que preconice una asistencia integrada que busque la equidad y la normalización de la sanidad penitenciaria como forma de superar las desigualdades. La transferencia de competencias en esta materia esta regulada en la ley de ámbito estatal desde el año 2.003 si bien, como apuntábamos, solo se ha transferido en Cataluña, País Vasco y Navarra cuyos respectivos gobiernos autonómicos tienen plenas competencias en este

campo de salud.

La sanidad penitenciaria, tuvo su origen reglado, en 1.989 cuando se promulgó el Real Decreto 148/1089 de 10 de febrero, por el que se creaba la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria que supuso pasar de un modelo de atención, digamos, precario, con mínima presencia

► El Parlamento regional aprueba negociar con el Gobierno nacional la transferencia de competencias para gestionar la asistencia a la población reclusa

de profesionales, para transformarse en unos colectivos (enfermería y medicina) con aumento de plantillas, dedicación exclusiva y plena implantación de la asistencia continuada mediante las guardias en todos los centros, así como la creación de relación de puestos de trabajo, la historia clínica única, organización de equipos como los de AP, establecimiento de programas de prevención y promoción de la salud y, en fin, la potenciación de la sanidad que se dispensa en los recintos penitenciarios algo que, curiosa y paradójicamente, les alejó del sistema sanitario público.

Desde 1.989, la enfermería dependiente de instituciones penitenciarias desempeña un papel esencial en la asistencia y cuidado de los pacientes desarrollando unos cometidos y funciones que son asimilables a los de la Atención Primaria. Han sido reiteradas las reclamaciones sobre la escasez de recursos humanos, que padece. El hecho de estar en contacto con personas de perfil conflictivo, la enfermería que ejerce en las prisiones siempre reitera su objetivo. “Nuestro trabajo se centra en cuidar y no juzgar. Para ello intentamos crear una relación de confianza para, paso a paso, educar en hábitos saludables”.



La tranquilidad de proteger lo que quieres con nuestro seguro multirriesgo de hogar



A.M.A.
agrupación mutual
aseguradora

Protección

S PORQUE
Somos
Sanitarios



**Seguro Multirriesgo
de Hogar**

Tu seguro del hogar con las **mejores ventajas**, coberturas y bonificaciones:

Protege tu hogar con las mejores ventajas y garantías.

Coberturas exclusivas para hacerte la vida más fácil.

Manitas, Asistencia personal y Manitas tecnológico.



900 82 20 82 / 959 28 17 71
www.amaseguros.com



A.M.A. HUELVA

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

La Mutua de los Profesionales Sanitarios...y sus familiares.

SOLO SE PRESENTÓ UNA SOLA CANDIDATURA

PATRICIA MAURI, ELEGIDA PRESIDENTA DEL COLEGIO DE ENFERMERÍA DE HUELVA

Huelva.- Redacción

El Colegio Oficial de enfermería de la provincia de Huelva ha iniciado una nueva etapa. El pasado 30 de junio tuvo lugar un jornada por la que se consumó el periodo electoral abierto conforme a lo estipulado en los estatutos vigentes. Y como fuera que se presento una sola candidatura, la encabezada por la responsable saliente, no hubo lugar a la votación y, en consecuencia, la corporación colegial onubense echó andar para escribir un nuevo y apasionante ciclo con el equipo que, bajo el liderazgo de Patricia Mauri, y junto al resto de la Organización Colegial española, deberá afrontar un tiempo en el que se adivinan cambios y horizontes de relieve a los que la profesión deberá

hacer frente con las expectativas y, por que no, cautelas, propias que comportan esas mismas circunstancias.

La nueva Junta de Gobierno la configuran 23 profesionales acaso la mas numerosa de las conocidas, en las que están representados todos los frentes de actuación en los que la enfermería tiene y mucho que decir, jubilados incluidos. Los, aproximados, 2.800 colegiados presentes en el quehacer cotidiano de la sanidad publica y privada onubense, fueron llamados por Patricia Mauri "a la unidad" para que de la cohesión y la fortaleza, como colectivo, la enfermería provincial tenga voz y energía propias en la defensa de sus legítimos intereses y responsabilidades.



Foto de familia de la nueva Junta



Asistentes al acto



DECLARACIÓN INSTITUCIONAL

“QUIERO UN COLEGIO FUERTE, EFICAZ Y TRASPARENTE”

Huelva.- Redacción

Patricia Mauri Fabrega ha renovado su cargo como **Presidenta del Colegio Oficial de enfermería de Huelva** a consecuencia de que, una vez convocadas elecciones y según contemplan los estatutos en vigor, no se presento ninguna otra candidatura mas que la encabezada por esta experimentada profesional al frente de un renovado equipo dispuesto a trabajar los próximos años. Ante autoridades colegiales y sanitarias Mauri fue ratificada como primera responsable de la veterana institución -mas de un siglo de historia le contemplan- que representa a la enfermería provincial onubense. En su discurso inaugural, Mauri prometió “el mayor empeño, trabajo e ilusión para que el Colegio acompañe el devenir histórico al que se enfrenta la profesión” así como “dar visibilidad a nuestra labor, luchar y defender a todas y cada una de las enfermeras y enfermeros de Huelva”.

La tarde, noche del 30 de junio 2024 forma ya parte del calendario de una institución centenaria como es el Colegio

Oficial de enfermería de Huelva. Al concurrir al proceso electoral una sola candidatura, quedo automáticamente proclamada la Junta presidida por Patricia Mauri Fabrega ante distintas autoridades como el presidente del Consejo General, Florentini Pérez, la presidenta del Consejo Andaluz de enfermería M^a del Mar García, la Delegada territorial de la consejería de Salud Manuela Caro, el Teniente de Alcalde del ayuntamiento de la capital, Francisco Muñoz, junto a los concejales él consistorio onubense, Pastora Gimenez y Alfonso Castro, el decano de la Facultad de enfermería de Huelva, Francisco J. Mena. Todas las autoridades coincidieron en felicitar a los componentes de la nueva Junta deseándoles los mayores éxitos que siempre serán en favor de la población”.

FELICIDAD E INQUIETUD

En su primera intervención tras asumir la presidencia, Patricia Mauri comenzó agradeciendo la presencia de autoridades y compañeros “un sábado de junio, por la tarde” admitiendo “estar feliz e ilusionada al asumir esta responsabilidad pero



Patricia Mauri, nueva etapa a frente de Colegio de enfermería Huelva



► Arropada por autoridades y profesionales, aseguró “Debemos estar unidos ante los retos que se planteen”



debo confesar que también estoy inquieta porque conozco los muchos retos que debemos afrontar en los próximos años. Pero como diría la dama de la lámpara, los problemas no se resuelven ignorándolos sino enfrentándose a ellos”. Mauri recordó: “Hace 30 años que acabé la carrera de enfermería y durante este tiempo descubrí que todos los ámbitos de la enfermería son apasionantes: asistencial, gestión, docencia, investigación. Todos son importantes y, por lo mismo, se debe trabajar a la vez y, coordinados para avanzar con firmeza y seguridad”.

► “Para ello necesitamos un Colegio fuerte, útil, transparente, eficaz y ético

La presidenta no tardo en expresar un sentimiento compartido: “Me siento orgullosa de ser enfermera, porque tenemos la profesión mas hermosa del mundo y debemos devolver a la sociedad lo que esta nos ha confiado. Asumo la presidencia con el mayor de los compromisos para poner a su servicio todo el conocimiento, la fuerza y la voluntad que sean necesarios para alcanzar las metas propuestas”. Su reflexión no dejaba lugar a dudas: “Como enfermera, se lo que es el trabajo duro y estoy convencida de que la única forma de alcanzar objetivos, para que los proyectos se alcancen, es trabajar en equipo. Lo mejor que puede pasarle a quien lidera un proyecto es que quienes te acompañan brillen y tengan éxito en sus cometidos. Por eso, del equipo que me acompaña diré a la población a la que nos debemos que no podían desear unos representantes mejores con la excepción de quien les habla”.

PENSAR EN PACIENTES Y FAMILIARES

Tras tener un simbólico recuerdo para los 2.800 colegiados onubenses, desde los recién titulados a los que están en activo, sean generalistas, especialistas, ejercientes en el sistema publico, y del privado, de la docencia, en residencias, y jubilados. A todos les pidió “algo tan sencillo y esencial, como estar unidos, porque todos tenemos intereses comunes vinculados a la salud

y los cuidados de la población, con el mas esmerado y correcto desarrollo profesional, aunque a veces no se cuente con el entorno y las condiciones necesarias”. Patricia Mauri catalogó a la enfermería como “una profesión que alimenta el alma pero debemos ser conscientes de lo que somos y significamos para la sociedad. Debemos tener la capacidad de influenciar y ser respetados por todas las instituciones. Para ello, el Colegio ofrece la mas leal y estrecha colaboración pero, estén seguros, no me temblará el pulso al exigir el máximo respeto a nuestros pacientes, a sus familiares y a nuestra profesión, en las formas y en el fondo”.

Concluyó su sincera y emocionada locución con el deseo de “hacer mas y mas visible a la profesión, para que la sociedad conozca el alcance de nuestra labor y que nos sintamos aun mas orgullosos de ser enfermeras. Para ello necesitamos un Colegio fuerte, útil, regido por valores de transparencia, excelencia, eficacia y ética en el que las enfermeras encuentren una clara contraprestación a sus cuotas, donde se defienda su ejercicio profesional, se ofrezca formación actualizada, apoyo jurídico, defensa de lo que somos, promoción a la investigación, respeto a nuestra historia y a nuestros mayores. Todo esto es un privilegio pero también un deber que asumimos para hacerlo en las mejores condiciones pensando en nuestros pacientes y familias sobre todo en los mas frágiles y vulnerables a quienes les falta el conocimiento, la fuerza o la voluntad para hacerlo por si mismos”.

CONSTITUCIÓN, CÓDIGO DEONTOLÓGICO

El acto de toma de posesión estuvo presidido por el primer responsable de la Organización Colegial a nivel nacional, Florentino Pérez Raya quien, abrió la sesión académica con la entrega de las credenciales a todos y cada uno de los componentes de la Junta de Gobierno mientras mantenía en el atril ejemplares de la Constitución, Código Deontológico, y el texto del juramento o promesa para los 23 nuevos directivos de la enfermería onubense. Pérez Raya, en su locución, coincidió con Patricia Mauri al subrayar que “hay muchos retos planteados en la enfermería española” enumerando algunos de los mas relevantes, igualar el reconocimiento de las enfermeras en el desempeño de sus funciones en la administración pública, la prescripción enfermera y la divulgación del enorme caudal que aporta el colectivo”.

El presidente del Consejo General se mostró “convencido de que esta Junta del Colegio de Huelva” los va sumir con responsabilidad, profesionalidad y respeto para defender los legítimos intereses de sus colegiados. La presidenta del Consejo Andaluz, M^a del Mar García, tras felicitar a la flamante Junta del Colegio provincial, destacó la “afinidad y cohesión que preside a la profesión en la comunidad” que representa “una fuerza de valor indiscutible fruto del avance y cualificación de la enfermería andaluza al servicio de la población”.



NUEVA JUNTA DE GOBIERNO

Huelva.- Redacción

La nueva Junta de Gobierno del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de la provincia de Huelva, resultante de haber sido la única candidatura presentada en tiempo y forma en el proceso electoral del pasado mes de junio, ha quedado así constituida tras asumir la dirección de la institución colegial para un periodo de los cinco años próximos. Estos son en suma, sus integrantes dieciocho enfermeras y cinco enfermeros y las áreas a las que han sido asignados. En la imagen aparecen junto al presidente de Consejo General de enfermería, Florentino Pérez Raya y la presidenta del Consejo Andaluz, M^a del Mar García, testigos del juramento, o promesa, de todos y cada uno de los componentes.



Un equipo que aúna experiencia y juventud al frente del Colegio

Dña. Patricia Mauri Fabrega	(presidenta)
Dña. M^a del Carmen Pilo López	(vicepresidenta I)
Dña. Luisa M^a Cruz García	(vicepresidenta II)
Dn. Martín Vázquez Bermúdez	(secretario)
Dña. Gema Tenor Salas	(vicesecretaria)
Dña. M^a del Carmen Vázquez Fernández	(tesorera)
Dn. Antonio Minchón Hernando	(vicetesorero)
Dña. Marina Rico Nieto	(vocal I especialidad Matrona)
Dña. Isabel M^a Rabadán Cabeza	(vocal II, especialidad Salud Mental)
Dña. Clara Montes Zafra	(vocal III, especialidad Familiar y Comunitaria)
Dn. Manuel J. Tinoco Toscano	(vocal IV especialidad Trabajo)
Dn. José Antonio Fernández Minchón	(vocal V Cuidados generales)
Dña. Carolina Martínez Serrano	(vocal VI Cuidados generales)
Dn. Manuel J. Antero Carmona	(vocal VII, Jubilados)

Dña. M^a José Cáceres Tito	(vocal VIII Promoción y estabilidad laboral)
Dña. Verónica López Orta	(vocal I, suplente especialidad Matrona)
Dña. M^a Luisa Fernández Rocha	(vocal II, suplente Salud Mental)
Dña. Nuria Costa Jurado	(vocal III, suplente especialidad Familiar Comunitaria)
Dña. Inmaculada Carrillo Sánchez	(vocal IV suplente especialidad Trabajo)
Dña. Cindia Morales Sánchez	(vocal V suplente Cuidados generales)
Dña. Carina Roque Senna	(vocal VI suplente Cuidados generales)
Dña. M^a del Carmen Segovia Brome	(vocal VII suplente Jubilados)
Dña. Ana M^a Mora Vázquez	(vocal VIII suplente Promoción y estabilidad empleo)



LA TOMA DE POSESIÓN DE LA JUNTA DEL COLEGIO, EN IMÁGENES

Huelva.- Redacción









XIV CONCURSO FOTOGRAFICO "SAN JUAN DE DIOS" . ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERIA DE HUELVA

06. ENVÍO



2025

- Solo se admitirán obras presentadas en formato digital que deberán ser remitidas a la siguiente dirección de correo electrónico: secretariahuelva@colegioenfermeria.com
- El nombre de cada archivo de imagen deberá estar formado por la letra A para las fotografías presentadas en la Categoría A, seguido del número de orden de la foto y el título de la misma - Ej: A1_Titulo.jpg o formado por la letra B si concursan en la Categoría B, seguido del número de orden de la foto y el título de la misma - Ej: B1_Titulo.jpg
- En el asunto del correo deberá figurar: **Concurso fotográfico "San Juan de Dios" Huelva 2025**
- En el cuerpo del mensaje deberá figurar:
Categoría/s a la/s que presenta, Título/s de la/s foto/s, Nombre y apellidos, Fecha de nacimiento, DNI, Dirección, Localidad y Provincia, C.P., Teléfono de contacto, email, y Nº de colegiada/o.
- Las fotos se enviarán como archivos adjuntos en el correo.

01. ORGANIZACIÓN Y FINALIDAD

El presente concurso fotográfico está organizado por el Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Huelva. De las fotografías premiadas del concurso serán seleccionadas las que ilustren el cartel del certamen de investigación "Ciudad de Huelva", y las portadas de la revista "Documentos de Enfermería".

02. TEMÁTICA Y PARTICIPANTES

Se establecen dos categorías, atendiendo a la temática.

Categoría A - Temática Libre: Se aceptan fotografías de cualquier tema relacionado con la disciplina fotográfica (Retrato, Paisaje, Naturaleza, Urbana, Social, Documental, Arquitectura, etc.).

En esta categoría podrán participar los/as enfermeros/as colegiados/as en el ICOE de Huelva a la fecha de presentación de la obra y que mantenga esta condición, estando al día de sus obligaciones colegiales hasta la fecha del fallo del jurado, siempre que remitan las fotografías cumpliendo los requisitos establecidos en estas bases.

Categoría B - Temática Profesional: Se aceptan fotografías de temática profesional enfermera.

En esta categoría podrán participar los/as enfermeros/as colegiados/as en cualquier Colegio de Enfermería del territorio nacional a la fecha de presentación de la obra y que mantenga esta condición, estando al día de sus obligaciones colegiales hasta la fecha del fallo del jurado, siempre que remitan las fotografías cumpliendo los requisitos establecidos en estas bases.

04. CONDICIONES DE LAS OBRAS

- Cada autor/a podrá presentar de 1 a 3 fotografías en una o las dos categorías.
- Una misma fotografía no podrá ser presentada a las dos categorías simultáneamente.
- No se aceptan fotos realizadas por personas distintas al autor o que no sean propiedad del autor.
- El/la participante manifiesta y garantiza que posee la exclusiva titularidad de todos los derechos de autor sobre la fotografía que presenta al concurso, y se responsabiliza totalmente de que no existan derechos de terceros en las obras presentadas, así como de toda reclamación de terceros por derechos de imagen, eximiendo a la organización de este certamen de aspectos relacionados con cualquier incumplimiento de dichos derechos o de tipo legal.
- Las fotografías no deben haber sido presentadas en ediciones anteriores de este concurso.
- Las fotografías deben haber sido realizadas dentro del periodo de 5 años antes desde la fecha de convocatoria del presente concurso.

05. PRESENTACIÓN DE LAS OBRAS

- El formato de imagen es libre (Horizontal, Vertical o Cuadrado).
- Se permite la edición digital y ligeros retoques de parámetros como: niveles, contraste, color, saturación, enfoque, ajuste de luces y sombras.
- Se admiten imágenes de color, convertidas a escala de grises (B y N), y virados.
- No serán válidos los fotomontajes. No se podrán eliminar ni añadir elementos que alteren su composición original. Si serán válidas las imágenes resultantes de aplastamientos o panorámica cosidas.
- Las fotografías se presentarán en formato JPEG, con dimensiones de 3000 a 2000 píxeles en su lado mayor, 4MB de tamaño máximo, y 300ppp de resolución, o bien en un tamaño necesario para una correcta impresión futura en A4, debiendo ser presentadas sin marcos, ni firmas o marcas de agua.
- No se admitirán imágenes creadas total o parcialmente por Inteligencia Artificial.

La organización podrá solicitar, posteriormente, los archivos de las fotos premiadas con la calidad necesaria para su impresión.

07. PLAZOS

El periodo de envío de fotografías comenzará el **15 de Octubre de 2024 a las 9:00h** y la recepción de las mismas finalizará el **15 de enero de 2025 a las 14:00h**.

Cualquier fotografía remitida antes o después de las fechas indicadas no será admitida a concurso. El fallo del Jurado se producirá en el mes de Febrero de 2025 y se hará público durante una jornada organizada por el ICOEH durante el segundo trimestre de ese mismo año. Durante la misma se hará entrega de los premios. Previamente, la organización contactará con los autores de las obras galardonadas para comunicarle su condición de premiados y gestionar su asistencia a la jornada.

08. JURADO

El Jurado será designado por el Colegio de Enfermería de Huelva y presidido por Francisco Javier Fernández Gómez (Enfermero y Fotógrafo). El Jurado realizará una selección de obras finalistas, de las que saldrán las ganadoras. El fallo del Jurado será inapelable y se reserva el derecho de resolver los casos no contemplados o imprevistos, de acuerdo con su mejor criterio.

La organización se reserva la facultad de no admitir las fotografías que no cumplan con los requisitos establecidos o que acompañen formularios incompletos. Del mismo modo puede descartar cualquier fotografía que, a su criterio, atente contra la dignidad de la persona o resulte ofensiva. Los premios pueden quedar desiertos si el jurado estima que ninguna obra reúne el nivel o calidad necesaria para ser galardonada.

09. PREMIOS

Categoría A. Temática Libre

- Primer premio : **300€*** y trofeo
 - Segundo premio : **100€*** y trofeo
- Aparte de los ganadores, el Jurado se reserva la posibilidad de otorgar Menciones de Honor, sin retribución económica.

Categoría B. Temática Profesional

- Primer premio : **300€*** y trofeo
- Segundo premio : **100€*** y trofeo
- 2 accésits : **50€**, cada uno de ellos

- * Un/a participante sólo podrá optar a un premio dentro de una misma categoría.
- * A estos importes les serán aplicadas las retenciones fiscales correspondientes.

10. CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR Y ACEPTACIÓN DE LAS BASES

Los/as autores/as de las obras premiadas y las finalistas ceden a la organización los derechos de reproducción, distribución, edición y comunicación pública, con fines de difusión y promoción del certamen siempre el nombre de/la autor/a, pasando dichas obras a ser propiedad del Colegio Oficial de Enfermería de Huelva, que podrá utilizarlas en formato digital o impreso haciendo constar el nombre de/la autor/a. Esta/s siempre mantendrá los derechos de autor sobre su obra. La participación en el concurso supone la aceptación de las bases, la conformidad absoluta con las decisiones del jurado y la renuncia a cualquier tipo de reclamación.

CALIDAD “OPTIMA” PARA LA UNIDAD DE MEDICINA PREVENTIVA DEL J.R. JIMÉNEZ

Huelva.- Redacción

La Unidad de Medicina Preventiva de Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez (Hujurj) ha visto reconocida su labor con el certificado de Calidad en su segundo nivel “Óptimo” por parte de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) el organismo encargado de verificar el grado de actuación tras un exhaustivo proceso de verificación sobre los diferentes parámetros empleados para analizar la eficacia y la eficiencia de la labor que desempeñan sus profesionales entre ellos enfermería. La citada Unidad no ha recibido ninguna reclamación en el transcurso de los últimos años.

referencia onubense con la asistencia, de la Delegada territorial de la consejería de Salud, Manuela Caro, acompañada del Director-gerente del centro, Manuel García de la Vega, los directores médico, José María Turmo, y de enfermería, Antonio Romero, el propio director de la ACSA, el director económico, Agustín Ortega, y los protagonistas, integrantes de la Unidad.

Mediante esta certificación, el área de Medicina Preventiva del Hujurj ha demostrado su “compromiso con la excelencia y la mejora continua” que ofrece a la población al quedar garantizado que su actividad se ajusta a “los estándares de calidad definidos

► **La Agencia otorga el segundo nivel de certificación a un departamento que no ha recibido reclamaciones durante los últimos años**

tanto en el hospital como en su zona de influencia, trabajando para la mejora de la accesibilidad, elaborando material información para los profesionales y ofreciendo formación a otras Unidades, y de AP, así como mejorar la coordinación con el primer escalón asistencial, así como colaborando con las residencias de su área y la puesta en marcha de la teleconsulta. Los distintos estándares que contempla el análisis a cargo de los expertos de la ACSA están reconocidos por organismos de acreditación tanto nacional como internacional, sea la ENAC o la International Society for Quality in Healthcare (Isqua).

Para la ACSA ha sido importante que la Unidad de Medicina Preventiva no haya recibido reclamaciones en el transcurso de los últimos años, lo que pone en evidencia el grado de satisfacción de los usuarios con la prestación recibida. Además, están planificando un proyecto de fomento de la igualdad para grupos considerados como vulnerables (personas inmigrantes que residen en asentamientos de distintas localidades de la provincia) a la par que mantiene un programa de deshabituación del tabaquismo dirigido a los trabajadores del Hospital. En base a los resultados de la evaluación, la ACSA otorga su sello de calidad que, como se sabe, contempla tres niveles: Avanzado, Óptimo y Excelente. Una vez lograda la certificación, el centro “debe seguir trabajando” durante los 5 años de vigencia de la calificación obtenida por lo que la Agencia realiza visitas de seguimiento para comprobar el cumplimiento de los estándares a través del tiempo.



La ACSA, entidad adscrita a la Consejería de Salud, ha ratificado la concesión del certificado de Calidad, en el nivel óptimo el segundo de los tres rangos que contempla la Agencia y que tiene por objetivo “impulsar la búsqueda de la calidad en las organizaciones sanitarias y de servicios sociales de la región, subraya la entidad creada en 2.002 y que dirige, desde 2.019, el Ingeniero Industrial por la Universidad de Sevilla José Ignacio del Río. La entrega de la distinción se llevó a cabo en el propio Hospital de

en los Manuales de certificación de la Agencia” y que, básicamente, analizan aspectos referidos a la eficacia y eficiencia del servicio, la seguridad de los pacientes y profesionales, la accesibilidad y la continuidad asistencial de una atención basada en la evidencia y el control de las instalaciones y el equipamiento.

ESFUERZOS Y SIN RECLAMACIONES

El resultado dado a conocer por la ACSA es que la Unidad ha realizado en los últimos años un esfuerzo por hacerse visible,



IMPACTO FÍSICO, EMOCIONAL Y FAMILIAR EN FAMILIAS CON HIJAS O HIJOS CON SÍNDROME DE DOWN: UN ESTUDIO CUALITATIVO CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

María Angustias Bueno-de-Haro. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Avda. Fuerzas Armadas, 2. CP. 18014, Granada.

Jonathan Cortés-Martín. Universidad de Granada, Facultad de Ciencias de la Salud. Avenida de la Ilustración, 60. Despacho 8.01. CP. 18071. Granada.

Jose Manuel Martínez-Linares. Universidad de Granada, Facultad de Ciencias de la Salud. Avenida de la Ilustración, 60. Despacho 8.26. CP. 18071. Granada.

Correspondencia: Jose Manuel Martínez-Linares. Universidad de Granada, Facultad de Ciencias de la Salud. Avenida de la Ilustración, 60. Despacho 8.26. CP. 18071. Granada. jmmartinezl@ugr.es

Huelva.- Redacción

RESUMEN

Objetivo: Entender las percepciones de las familias que tienen un miembro con SD sobre el impacto físico, emocional y familiar que les genera.

Método: Estudio cualitativo fenomenológico según el enfoque de Heidegger. La recogida de datos se llevó a cabo mediante 28 entrevistas semiestructuradas individuales a madres y padres de hijos/as con Síndrome de Down. Fueron grabadas y transcritas para su posterior análisis con el software ATLAS.ti para Windows. Se consiguió la saturación de datos.

Resultados: Cuatro temas fueron identificados: (1) Del desconocimiento de un síndrome a una falta de información que aún existe, (2) No se puede acusar a los/as hijos/as de sus problemas de salud, (3) Una tormenta emocional para la que se necesita ayuda, y (4) El resto de la familia también sufre un impacto. Estos temas y sus subtemas dieron respuesta al objetivo del estudio.

Conclusiones: Madres y padres experimentan cambios a nivel físico y emocional que les afectan de diferente forma según las características personales. Las madres son las que se ven más afectadas en general debido a que con mayor frecuencia son las que ocupan el papel de cuidadora principal.

Palabras clave: Síndrome de Down, impacto, percepciones, experiencias vividas, investigación cualitativa, perspectiva de género.

ABSTRACT

Aim: To understand the perceptions of families who have a member with DS about the physical, emotional and family impact it has on them.

Method: Qualitative phenomenological study according to Heidegger's approach. Data collection was carried out by means of 28 semi-structured individual interviews with mothers and fathers of children with Down's Syndrome. They were recorded and transcribed for subsequent analysis using ATLAS.ti software for Windows. Data saturation was achieved.

Results: Four themes were identified: (1) From ignorance of a syndrome to a lack of information that still exists, (2) Children cannot be blamed for their health problems, (3) An emotional storm for which help is needed, and (4) The rest of the family is also impacted. These themes and their sub-themes answered the aim of the study.

Conclusions: Mothers and fathers experience physical and emotional changes that affect them differently depending on their personal characteristics. Mothers are the most affected in general because they are most often the primary caregivers.

Keywords: Down syndrome, impact, perceptions, lived experiences, qualitative research, gender perspective.

INTRODUCCIÓN

La trisomía 21 es la anomalía cromosómica más común



en seres humanos (1) y que fenotípicamente se manifiesta mediante el Síndrome de Down (SD). Al ser una enfermedad de origen genético existe una amplia variabilidad fenotípica, además de presentar una clínica crónica de carácter degenerativo (2). Actualmente, la prevalencia mundial del SD es de aproximadamente 10 por cada 10.000 nacimientos vivos (3). Se estima que hay 359.000 personas vivas con SD en Europa, de las cuales el 35% tienen menos de 20 años y otro 35% más de 40 años (4). Concretamente, en España, el número de personas con este síndrome es de unas 35.000 (1), representando en Andalucía a 5.38 individuos por cada 10.000 nacimientos vivos (5). Existen estudios que relacionan al SD con cambios en la relación con la familia (6), marginación (7), problemas emocionales (8) y dificultades en cuanto al desarrollo de la estructura familiar (9). Existen también estudios que relacionan al SD directamente con la discapacidad cognitiva y alteraciones físicas, provocando un gran impacto en la salud de estas personas (10). Conocer la experiencia de las familias con miembros afectados de esta patología contribuiría al conocimiento de las necesidades que presentan, y por tanto, a mejorar la formación de los profesionales sanitarios y de la comunidad científica, repercutiendo notablemente en la calidad de vida de las personas afectadas.

El impacto que el diagnóstico de esta enfermedad siempre causa en la situación familiar y los miembros que la componen es un hecho conocido (11). Sin embargo, este impacto no sigue un patrón en concreto, sino que varía según las características de cada familia: la estructura familiar y su solidez, el nivel socioeconómico y cultural, la comunicación familiar o la capacidad de la familia para la resolución de conflictos (9). No obstante, puede afectar de manera notoria a las relaciones interfamiliares y sociales (12). Resulta esencial que desde el sistema sanitario se proporcione un apoyo tanto emocional como profesional a la familia. Desde el momento del diagnóstico, la información que se le proporciona a la familia juega un papel crucial a la hora del afrontamiento (10). Poner a los padres en contacto con asociaciones y con otras familias en la misma situación, es un apoyo muy importante (6), resultando una herramienta crucial para mejorar el abordaje del síndrome (12). Sin embargo, el impacto físico en las familias tiene un matiz dicotómico, ya que la mayoría de las familias no relacionan estos cambios con la crianza de un hijo/a diagnosticado de este síndrome, aunque la evidencia así lo presente (10).

El marco teórico de este estudio es la Teoría General de Sistemas (13). Según esta, la familia se ha de entender como un conjunto social de miembros independientes, aunque interrelacionados entre sí a través de vínculos legales o voluntarios. De manera que, cualquier alteración en uno de estos miembros afectaría también al resto y en sus distintos ámbitos: afectivos, emocionales, sociales, económicos, así como las posibilidades de educación y de trabajo (14). Ejemplo de ello son los avances que se han realizado para mejorar la salud de las familias con algún miembro diagnosticado de SD, centrándose en la elaboración de estrategias de cuidado holistas situando a la familia como epicentro en la toma de decisiones (15). La elaboración de programas específicos de integración al ámbito social y laboral, también suponen avances de interés (10,16).

A pesar de estos avances sigue existiendo un gran impacto a diferentes niveles en las familias afectadas de SD. Impacto que genera repercusiones negativas en la salud y el bienestar en estas familias (17).

El marco teórico en el que se puede encuadrar el presente estudio es el de Teoría General de Sistemas (13). Según esta, la familia se ha de entender como un conjunto social de miembros independientes, aunque interrelacionados entre sí a través de vínculos legales o voluntarios. De manera que, cualquier alteración en uno de estos miembros afectaría también al resto y en sus distintos ámbitos: afectivos, emocionales, sociales, económicos, así como las posibilidades de educación y de trabajo (14).

Además, se hace imprescindible destacar el Modelo de Enfermería de Jean Watson como parte importante de este contexto (18). El modelo de enfermería más apropiado para aplicar los cuidados a estas familias es el Modelo del Cuidado Humano de Jean Watson (19). Para su elaboración, usó como referencias otros modelos como el de Henderson o Leininger, así como en fuentes filosóficas de Maslow o Heidegger. El cuidado en el modelo de Watson se manifiesta como una ayuda que trasciende la dimensión corporal, el tiempo y el espacio (20). Esa relación transpersonal se produce entre la conexión que se crea entre la/el profesional de enfermería y la persona cuidada, creando un campo fenomenológico de experiencias, saberes, valores, creencias y actitudes. De esta forma, cuidar no es sólo proporcionar cuidados en base a la experiencia y el conocimiento del/de la profesional, sino que es una relación mutua de crecimiento y desarrollo que sobrepasa la corporalidad.

Por todo ello, es importante conocer las experiencias y expectativas de las familias afectadas por el SD y comprender cómo estas familias perciben el impacto que esta enfermedad origina en el sistema familiar. Pero, además, es necesario hacerlo incorporando la perspectiva de género entre madres y padres de hijas e hijos con SD, ante la falta de bibliografía científica.

La pregunta de investigación que generó este estudio es ¿Cuáles son las percepciones de las familias que tienen un miembro con SD sobre el impacto que les genera física, emocional y familiarmente? Esta pregunta de investigación pretende ser respondida con perspectiva de género, tratando de poner de manifiesto si este impacto es el mismo tanto en las madres como en los padres de estas familias.

MÉTODO

Diseño del estudio

Se llevó a cabo un estudio interpretativo fenomenológico siguiendo el enfoque hermenéutico de Heidegger, el cual busca descubrir significados compartidos. Esta metodología proporciona una perspectiva para interpretar las experiencias de ser-en-el-mundo de las madres y los padres. A través de *Dasein* (el hecho de existir como origen para tener conciencia de ello) y del *Mitdasein* (ser-con-otros), se crea la base para poder interpretar a un ser con otros en el mundo (21). En este estudio se busca el significado del



► Trabajo

Ser para las madres y los padres que se ven inmersos en el mundo del SD, el sistema sociosanitario y el ser-al lado de una persona con un síndrome cuyas consecuencias son impredecibles. Esta interpretación es posible cuando, en lugar de investigar al *Dasein* en su vida diaria, se le investiga cómo ser-en-el-mundo (en este caso, como madres y padres de un hijo o de una hija con SD) para que este fenómeno sea revelado por el *Dasein* a su manera. Nuestro ser-en-el-mundo comprende también el cuidado y las personas que necesitan ser cuidadas. Habitamos un mundo con otros con quienes compartimos preocupaciones (21).

La aplicación de todo este marco filosófico es apropiada para la investigación en salud. La salud es una condición de estar-ahí, de estar-en-el-mundo y de estar-junto a los demás, como una de las cosas que importan en la vida (22). La fenomenología es útil para explorar los fenómenos vívidos de una enfermedad, ya que, a partir de ese momento la situación cambia y el futuro ya no es el futuro armonioso imaginado para la persona y para con los demás (23). Para la elaboración del informe se utilizó el (n=28).

Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (24).

Participantes y contexto

Se realizó en las provincias de Jaén y Granada durante los meses de noviembre de 2021 y abril de 2022. En el mes de noviembre de 2021 y a través de la Asociación Síndrome de Down de Jaén, se pudo realizar un muestreo por conveniencia de madres y padres de niños y niñas con SD, así como mediante la técnica de bola de nieve. Miembros del equipo investigador tuvieron un primer contacto personalmente, sin que existiera relación alguna previa. Todas las personas aceptaron participar en el estudio, a excepción de dos parejas por falta de tiempo. Como criterios de inclusión tuvieron que cumplir ser parejas heterosexuales, cuyo hijo/a con SD tuviera una edad de 10 años o más y tener otras/os hijas/os sin SD. No pudieron participar quienes no lo aceptaron. Las características de las personas participantes se detallan en la Tabla 1.

Tabla 1. Datos sociodemográficos de las personas participantes

Código	Sexo	Edad	Estado civil	Nivel de estudios	Ciudad
MF1	Mujer	37	Casada	Estudios primarios	Jaén
PF1	Hombre	39	Casado	Estudios primarios	Jaén
MF2	Mujer	44	Casada	Estudios superiores	Jaén
PF2	Hombre	45	Casado	Estudios secundarios	Jaén
MF3	Mujer	51	Casada	Estudios secundarios	Jaén
PF3	Hombre	50	Casado	Estudios secundarios	Jaén
MF4	Mujer	68	Casada	Estudios secundarios	Granada
PF4	Hombre	68	Casado	Estudios superiores	Granada
MF5	Mujer	59	Casada	Estudios primarios	Jaén
PF5	Hombre	60	Casado	Estudios primarios	Jaén
MF6	Mujer	59	Casada	Estudios superiores	Jaén
PF6	Hombre	52	Casado	Estudios superiores	Jaén
MF7	Mujer	43	Casada	Estudios secundarios	Granada
PF7	Hombre	44	Casado	Estudios superiores	Granada
MF8	Mujer	47	Casada	Estudios secundarios	Granada
PF8	Hombre	49	Casado	Estudios secundarios	Granada
MF9	Mujer	54	Casada	Estudios superiores	Jaén
PF9	Hombre	55	Casado	Estudios secundarios	Jaén
MF10	Mujer	31	Casada	Estudios primarios	Granada
PF10	Hombre	30	Casado	Estudios primarios	Granada
MF11	Mujer	48	Casada	Estudios superiores	Jaén
PF11	Hombre	48	Casado	Estudios secundarios	Jaén
MF12	Mujer	49	Casada	Estudios superiores	Jaén
PF12	Hombre	50	Casado	Estudios superiores	Jaén
MF13	Mujer	49	Casada	Estudios primarios	Granada
PF13	Hombre	42	Casado	Estudios primarios	Granada
MF14	Mujer	53	Casada	Estudios superiores	Jaén
PF14	Hombre	54	Casado	Estudios secundarios	Jaén



Fuente: Elaboración propia.

Recogida de datos

Se realizaron 28 entrevistas personales en profundidad, 14 a madres y 14 a padres, por separado a cada uno de los miembros de la pareja. Con este número de entrevistas se consiguió la saturación de datos necesaria (25). Se elaboró un primer guion de preguntas que dieran respuesta al objetivo de estudio, que se pilotó con tres parejas de progenitores también por separado y se hicieron las modificaciones necesarias. Con el guion definitivo se realizaron las entrevistas, que tuvieron una

duración de 45 a 75 minutos. Se realizaron en lugares públicos o a través de videollamada (Skype o Google Meet), por dos miembros del equipo investigador con formación y experiencia previa (una mujer para entrevistar a las madres y un hombre para entrevistar a los padres). Nadie más estuvo presente durante las entrevistas. Se recogieron notas de campo que se incorporaron al análisis de datos. El protocolo de la entrevista se incluye en la Tabla 2.

Tabla 2. Protocolo de la entrevista utilizada.

Etapa de la entrevista	Tema	Ejemplo de pregunta
Presentación	Razones	Creencia de que su perspectiva proporciona un conocimiento que tiene que ser conocido globalmente.
	Intenciones	Realizar una investigación con el objetivo de mostrar una situación real.
Inicio	Pregunta de inicio	Cuénteme con detalles todo lo que considere importante sobre cómo es su vida como madre/padre de un hijo o una hija con SD.
Desarrollo	Guía de la entrevista	¿Qué sabía usted sobre el SD y sobre las personas que lo padecen? Dígame lo más detalladamente posible si percibe que su salud se ha podido ver afectada a causa de tener un/a hijo/a con SD y de qué forma. ¿Ha podido generar cambios en el entorno familiar más cercano? Póngame ejemplos.
Cierre	Pregunta final	¿Hay algo más que quiera decirme?
	Agradecimiento	Muchas gracias por su participación. Sus aportaciones son de gran utilidad.
	Ofrecimiento	Quiero recordarle que puede llamarme o enviarme un email para cualquier duda que tenga.

Fuente: Elaboración propia.

Análisis de datos

Las entrevistas se grabaron en audio, fueron transcritas y devueltas a cada participante e indicaron los cambios necesarios para evitar errores de interpretación. Se realizó un análisis hermenéutico basado en Heidegger (26). Primeramente, se relevaron varias veces las entrevistas y se elaboró un listado inicial de códigos que se fue aplicando a cada entrevista mediante un análisis temático. Se seleccionaron ejemplos de situaciones concretas, las reacciones y percepciones detalladas por las personas participantes, y fueron recodificados. Estos fueron tomados como modelos que identificaron el significado de las situaciones que fueron destacadas. Finalmente, se identificaron

casos paradigmáticos para comprender las interpretaciones de las personas participantes en su contexto.

El análisis se realizó independientemente por dos miembros del equipo investigador, quienes posteriormente identificaron de forma conjunta las coincidencias en el análisis y elementos más importantes de los resultados obtenidos. Dichos resultados se devolvieron a las personas participantes para verificar su correspondencia con las citas. Este análisis se hizo con el programa ATLAS.ti versión 7 para Windows (Scientific Software Development GmbH, Berlín, Alemania). La Tabla 3 contiene ejemplos del proceso analítico realizado.



Tabla 3. Ejemplo del proceso analítico (de la cita al tema).

Cita	Código	Unidad de significado	Subtema	Tema
<i>“Bueno, yo desconocía por completo lo que era el síndrome de Down, yo conocía a esos niños como mongólicos, no tenía ni idea.”</i>	Nivel de conocimientos del SD, Información proporcionada, Búsqueda de información, Falta de información.	Tanto la falta como la mala información que madres y padres tienen, hace que la busquen con rapidez donde crean oportuno.		Del desconocimiento de un síndrome a una falta de información que aún existe.
<i>“No, gracias a Dios no me han diagnosticado nunca una enfermedad. Serían las cosas de la vida, uno se va haciendo mayor, achaques de la edad digo yo...”</i>	Enfermedad que aparece tras el			
nacimiento, Relaciona los cambios de salud con el SD, Cambios de salud en los padres, Enfermedad propia de la edad.	Aparece el cuestionamiento sobre si los problemas de salud que les aparecen tanto a la madre como al padre pueden tener relación o no con el impacto físico que les ocasiona.		No se puede acusar a los/as hijos/as de sus problemas de salud.	
<i>“Claro, me acuerdo perfectamente... [...] Sentí que había tenido mucha mala suerte, e incluso me enfadé en un principio pensando en porqué me tenía que tocar a mí.”</i>	Momento del diagnóstico,			
Sentimientos tras el diagnóstico, Búsqueda de apoyo emocional, Apoyo emocional encontrado	El impacto emocional que se genera hace que emocionalmente surjan dificultades para gestionarlo y necesitan ayuda.	La dificultad de gestionar emocionalmente la llegada	Una tormenta emocional para la que se necesita ayuda.	
<i>“Pues a alguno de mis hermanos les costó mucho aceptarlo... unos no se lo acabaron de creer y me llegaron a decir que sería mejor que lo ocultara...”</i>	Reacción de los hermanos, Miembro de la familia en el que causó mayor impacto, Reacción de los familiares, Cambios emocionales en los familiares.	El resto de los miembros de la unidad familiar y familiares allegados reaccionan de diferente forma, causando sorpresa en algunos casos.		El resto de la familia también sufre un impacto.

Abreviaturas: SD, síndrome de Down. Fuente: Elaboración propia.



RIGOR

Se siguieron los criterios de rigor científico de Guba y Lincoln (27). Los miembros del equipo investigador tenían experiencia previa sobre el tema de estudio y sobre la realización de estudios fenomenológicos. De la misma forma triangularon los resultados, y estos fueron comprobados por las personas entrevistadas. Todo ello generó credibilidad en el estudio. La transferibilidad del mismo se comprueba mediante la aportación de detalles sobre el contexto y la experiencia vivida por las personas participantes. De esta forma, se aporta la tabla con sus características sociodemográficas. La dependabilidad se pone de manifiesto por la solidez metodológica seguida, aportando todos sus detalles y existiendo una congruencia entre el tipo de estudio, el método de recogida de datos empleado y el tipo de análisis realizado. Por último, la confirmabilidad se consiguió devolviendo las transcripciones de las entrevistas y acompañando los resultados con sus citas literales.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se siguieron los criterios de la Declaración de Helsinki. Fue necesario el informe favorable del Comité de Ética de la Universidad de Jaén (referencia: DIC.18/12.TFG). Todas las personas participantes fueron informadas sobre el objetivo del estudio, su naturaleza, en qué consistía su participación y su derecho a aceptar o rechazar la participación. Se les dejó claro que podían abandonar el estudio en cualquier momento sin consecuencias. Tuvieron que firmar un consentimiento informado antes de la realización de la entrevista.

Sólo tuvieron acceso a los datos dos miembros del equipo investigador, quienes los custodiaron. Se garantizó la confidencialidad y el anonimato de las personas participantes mediante un código alfanumérico que identificó las entrevistas. Se respetó el Reglamento (UE) 2018/1725 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 23 de octubre de 2018, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales por las instituciones, órganos y organismos de la Unión, y a la libre circulación de esos datos, y por el que se derogan el Reglamento (CE) n.º 45/2001 y la Decisión n.º 1247/2002/CE.

RESULTADOS

Los resultados que dieron respuesta al objetivo de este estudio se agruparon en los siguientes temas y subtemas:

1. Del desconocimiento de un síndrome a una falta de información que aún existe.

Tanto madres como padres, antes del nacimiento de su hijo/a no tenían un conocimiento claro sobre lo que era el SD, e incluso tenían una visión negativa sobre las personas que lo padecen:

“No tenía ni idea, no tenía relación con nadie que tuviera esa enfermedad. Yo veía gente así por la calle, gordos, con la lengua fuera y siempre de la mano de alguien.” (MF3).

“Bueno, yo desconocía por completo lo que era el síndrome de Down, yo conocía a esos niños como mongólicos, no tenía ni idea.” (PF5).

Ahora que tienen un/a hijo/a con SD, las madres siguen sin tener conocimientos suficientes sobre este síndrome, sus afecciones y complicaciones sobre las personas que lo padecen. Y esto se debe a la falta de información que han recibido desde el nacimiento por parte del personal sanitario que les ha atendido:

“Para nada, en lo que se refiere al síndrome de Down vas aprendiendo cada día y cada minuto, ojalá vinieran con un libro de instrucciones bajo el brazo. Lo que yo sé es porque lo he aprendido de mi hija, porque ya te digo, información nos han dado más bien poca...” (MF3).

Por su parte, los padres reconocieron que sus conocimientos sobre el SD y sus consecuencias para la vida de su hijo/a sí eran suficientes, gracias a lo que habían aprendido mediante la convivencia diaria, sin necesidad de tener más información: *“¡Hombre.. ¡Si después de todo este tiempo no lo supiera... Pero ahora ya sí que lo sé todo, son muchos años ya conviviendo y aprendes cosas.” (PF1).*

2. No se puede acusar a los/as hijos/as de sus problemas de salud.

Una mayoría de madres afirmaron que tras el nacimiento de su hijo/a con SD se les diagnosticó alguna enfermedad, pero no establecieron relación alguna entre ambos hechos. Por su parte, los padres no hicieron referencia a cambios en su salud, y al igual que las madres, indicaron que en caso de haberlos tenido habrían sido los propios de la edad y no por la llegada de este nuevo miembro de la familia:

“No, en absoluto, no creo que haya tenido nada que ver mi problema con que mi hijo tenga síndrome de Down.” (MF5).

“No, gracias a Dios no me han diagnosticado nunca una enfermedad. Serían las cosas de la vida, uno se va haciendo mayor, achaques de la edad digo yo.” (PF4).

No obstante, tanto para las madres como para los padres, tener un/a hijo/a con SD les supuso un sobre esfuerzo físico debido a las limitaciones que estos/as niños/as llegan a tener y que hacen que incluso presenten cierto grado de dependencia:

“A ver cómo te explico... Para mi tener un hijo con SD es como tener un brazo más. Es algo que va contigo desde el momento en el que nace hasta que mueres, y si tú no mueves ese brazo, el brazo no se mueve por sí solo.” (MF5).

“Si, claro. Eso es una realidad, un niño así requiere mucha más atención que un niño normal.” (PF3).

3. Una tormenta emocional para la que se necesita ayuda.

3.1. La dificultad de gestionar emocionalmente la llegada

Padres y madres recuerdan con claridad el momento en el que le comunicaron el diagnóstico de su hijo/a, y cómo se sintieron tras conocerlo. En todos los casos, las sensaciones fueron negativas debido a los estereotipos y las ideas preestablecidas que tenían sobre las personas que padecen SD. Por todo ello, tuvieron que gestionar emocionalmente la noticia hasta llegar a normalizarla:

“Totalmente, hoy todavía lo recuerdo y me quiero morir ¡Y mira que, a día de hoy, a mi hija no la cambiaría por nada en el



mundo! Pero fue un hachazo, en ese instante en el que crees que se te cae el mundo encima.” (MF3).

“Claro, me acuerdo perfectamente... Fue al rato de nacer, que se lo llevaron a hacerles unas pruebas y luego me lo dijeron. Sentí que había tenido mucha mala suerte, e incluso me enfadé en un principio pensando en porqué me tenía que tocar a mí.” (PF2).

Para ayudar a gestionar emocionalmente la noticia, buscaron información a través de diferentes medios, ya que necesitaban saber exactamente qué era el SD y qué pautas seguir para criar y educar a su hijo/a:

“¡Claro que me informé!.. ¡Si yo no sabía nada sobre esa enfermedad más que lo que había escuchado de la gente!” (MF1).

“Pues claro que nos informamos mujer, fuimos directos a la asociación de Jaén y allí nos explicaron muy bien lo que era el SD y las cosas que podíamos ir haciendo con el niño para estimularlo.” (PF2).

3.2. ¿En quién pueden encontrar el apoyo emocional que necesitan?

Las madres necesitaron apoyo emocional tras el nacimiento de su hijo/a y fue en los miembros de su familia donde principalmente lo encontraron. Por su parte, los padres no tuvieron la necesidad de recurrir a nadie para encontrar apoyo emocional, y fue en su pareja en quien lo buscaron y lo encontraron si en algún momento lo necesitaron por considerar que era la persona más idónea para ello:

“Fuera de mi familia no me hizo falta más apoyo, ellos son a quienes recurro siempre que lo necesito.” (MF4).

“A mi mujer, sin duda alguna, no sé qué habría hecho sin ella.” (PF3).

Sin embargo, ese apoyo no lo encontraron ni en organismos ni en instituciones públicas, en las que, a la falta de recursos, hubo que añadir la burocracia y la lentitud de las gestiones que las familias necesitaban realizar:

“No, para nada, fue muy difícil, cada cosa que queríamos era chocar contra la pared.” (MF5).

3.3. ¿Y cómo nos va a afectar todo esto como pareja?

En algún momento, ambos miembros de la pareja sintieron miedo de que esta nueva situación familiar les afectara sentimentalmente y pudiera llegar a ser el detonante que rompiera su relación. Sin embargo, los cambios que se produjeron en todos los casos se calificaron de positivos. Lejos de ocasionar un distanciamiento e incluso la ruptura sentimental, esta nueva situación hizo que las parejas se unieran aún más y reafirmaran querer seguir estando juntos y buscar la mejor forma de cuidar y criar a su hija/o y al resto de la familia:

“Pues a ver, sí que ha habido cambios, pero yo creo que el cambio ha sido que nos hemos unido mucho más, hemos aunado fuerzas y luchado juntos por nuestra hija y esto nos ha hecho crecer como pareja.” (MF3).

“Yo creo que mi mujer y yo nos unimos mucho más, cuando

nació el niño nosotros ya llevábamos casados 18 años y lo que nuestro hijo hizo fue darnos otro motivo para luchar juntos, reforzó los lazos.” (PF4).

4. El resto de la familia también sufre un impacto.

La percepción de padres y madres es que cuando en una familia un/a hijo/a tiene SD, el resto de los hermanos y de las hermanas reaccionan positivamente, ya que se implican en su cuidado y le protegen:

“Ellos mismos se pusieron a buscar en libros, su padre les informó al principio sobre lo que pasaba con su hermano... Ellos siempre han ayudado mucho.” (MF4).

“Su hermana mayor siempre ha estado muy pendiente, se preocupa mucho por ella, la ha defendido siempre que se han reído de ella, a veces cuando teníamos que ir a trabajar se quedaba a cuidar de ella y lo sigue haciendo.” (PF5).

En cambio, cuando se hace referencia al resto de familiares, las reacciones fueron diversas, variando entre el apoyo y la ayuda para satisfacer las necesidades que tanto la/el niña/o como la familia necesitan, a una reacción más ancestral que incita a hacer invisible a ese nuevo miembro de la familia sin darlo a conocer. La percepción de los padres sobre la reacción del resto de familiares fue peor que la de las madres, ya que no sintieron ningún apoyo por parte de los familiares más allá de la resignación:

“Se volcaron muchísimo todos, la verdad, tanto amigos como familiares...” (MF3).

“Pues a alguno de mis hermanos les costó mucho aceptarlo... unos no se lo acabaron de creer y me llegaron a decir que sería mejor que lo ocultara...” (PF4).

DISCUSIÓN

El presente trabajo pretendía conocer las experiencias y percepciones de las familias que tienen un miembro con SD sobre el impacto físico, emocional y familiar que este hecho les genera. De esta forma, y atendiendo a los resultados anteriores, se constató que contar con un/a hijo/a diagnosticado de SD irrumpe de manera drástica a estos niveles. De forma genérica se podría afirmar que el impacto físico suele pasar desapercibido, el emocional pasa por diferentes fases donde destacan la necesidad de búsqueda de ayuda y el familiar es sobre todo positivo al mismo tiempo que sacrificado. Todos estos aspectos han de ser tenidos en cuenta, tal y como indica el estudio de Gori et al. (28), y tenerlos presentes en el momento de comunicarle a la familia el diagnóstico de SD.

Uno de los aspectos fundamentales al estudiar el impacto generado en los familiares la crianza de un hijo/a con síndrome de Down, es el conocimiento existente sobre esta patología en la sociedad actual. Es cierto que la información no es muy extensa y que el nivel de los profesionales sanitarios no es el adecuado. Las familias obtienen muy poca información en el momento de la conformación del diagnóstico y así lo exponen los entrevistados. En este escenario de desconocimiento e incertidumbre sobre el desarrollo del estado de salud de sus hijos, los padres muestran ciertas diferencias en cuanto al nivel



de conocimientos sobre la enfermedad. Las madres muestran mucho interés y relatan no encontrarse satisfechas con la información que disponen y refieren una búsqueda y aprendizaje constante. Sin embargo, los padres referían tener una visión más completa del síndrome. Esta diferencia de género también puede encontrarse en el estudio de Antonarakis et al (2). Ambos, padres y madres, coinciden en que la fuente de conocimiento más productiva es, sin duda, la propia convivencia familiar.

Con respecto al impacto físico de estas familias, se presenta cierta dicotomía. Padres y madres, sin diferencia, refieren no haber presentado ningún cambio físico relacionado con el nacimiento de un hijo/a con síndrome de Down. Los cambios físicos se relacionan con aspectos como la edad o por el descuido de los hábitos de salud. Es cierto, que ambas figuras sostienen el sobreesfuerzo, a veces limitante, que genera la crianza de una persona con este diagnóstico. En el estudio de Xanthopoulos et al. (29) se describen estos aspectos.

El momento de la recepción de la noticia, se describe como un momento duro y caótico. Ese momento es descrito por los entrevistados como algo que marca un antes y un después en sus vidas. Lo definen como un momento en el que se diferencian dos partes, una de negación y rechazo y otra de aceptación y lucha; mismo escenario que se presenta en el estudio de Dias et al. (30). Padres y madres reflejan sus miedos y reflexiones de ese primer momento, y todos unánimemente coinciden en que rápidamente y pasado esa primera parte todo cambia. En cuanto a la necesidad de apoyo emocional se vuelve a encontrar diferencias de género, donde las madres aceptan que precisan de ayuda mientras que los padres no. Ambas figuras destacan que el apoyo fue encontrado en sus propias familias y nunca por parte de las instituciones sanitarias. Destacan el papel de las asociaciones como motor imprescindible en el desarrollo y organización de una familia con algún miembro afecto. Existe un consenso total entre padres y madres cuando se habla del apoyo del movimiento asociativo. El rol de las asociaciones de pacientes tiene un carácter determinante en estos casos (5). Conforman un sólido entramado que sirve de soporte en diferentes aspectos para este tipo de pacientes. Ofrecen información actualizada sobre la enfermedad, realizan una acogida al paciente recién diagnosticado y establecen contactos entre pacientes que padecen el mismo tipo de enfermedad. Al mismo tiempo conforman un importante movimiento caracterizado por su entrega desinteresada en el avance de este tipo de patologías (9). Ofrecen seguridad y acompañan a pacientes y familiares durante todo el proceso de la enfermedad. Estudios como los de la *European Reference Networks* destacan el valor del movimiento asociativo en este tipo de enfermedad (31). El contacto con asociaciones y con otras familias en la misma situación, es un apoyo al que otorgan una gran importancia las familias (6). Sobre la cuestión del impacto en la pareja, existe una gran mayoría que indica que tras el nacimiento del hijo/a afecto de este síndrome su relación mejoró, de la misma manera que presenta Fijnvandraat et al. (32) en su estudio.

La familia sufre un impacto y esto es evidente, pero según las experiencias de los entrevistados no es un impacto negativo.

El impacto entre los hermanos y hermanas de la persona afectada es muy positivo. La implicación en los cuidados y en el desarrollo de la vida en casa es notorio y muy productivo. Sin embargo, las relaciones con otros miembros de la familia de una segunda línea sanguínea como tíos o primos son más complicadas. Este hecho se manifiesta también en el estudio de Wang et al. (33).

LIMITACIONES

Las principales limitaciones de este estudio se encuentran en la propia muestra. Es cierto que es una muestra limitada y en cualquier caso subjetiva. La opinión de los entrevistados sirve para contextualizar el tema tratado, pero no tiene por qué ser extrapolable a una dimensión más generalista. El nivel cultural, la procedencia, los ideales, el género e incluso hasta la edad de las familias entrevistadas son aspectos que valorar a la hora de analizar los datos recogidos. Seguramente si el estudio se realizase en otro momento y entrevistando a otras familias los resultados no serían idénticos.

Como nuevas líneas de investigación a futuro derivadas de este estudio se podría destacar el estudio de las experiencias y percepciones de padres y madres con hijos diagnosticados de SD sobre el impacto social, laboral y económico que se genera. Además, sería de gran interés aplicar esta misma entrevista a familiares de hijos con SD que vivan en otros países, con el fin de comparar los resultados y obtener conclusiones más evidentes.

CONCLUSIONES

La llegada de un hijo/a con SD a una familia hace que tanto las madres como los padres sean conscientes de la falta de conocimientos que tienen sobre este síndrome. Con el paso del tiempo, las madres siguen mostrando no saber todo lo que quisieran, pero para los padres, la convivencia les aporta todo el saber que necesitan. A pesar del sobreesfuerzo físico que les supone los cuidados diarios que han de proporcionarles a su hijo/a, tanto padres como madres no creen que esto les pueda generar algún tipo de problema de salud físico. Sin embargo, emocionalmente tiene que gestionar el hecho de tener un hijo/a con SD. Para ello, las madres buscan apoyo emocional en la familia y los padres en su pareja. Este hecho hace que las parejas estrechen su relación aún más. De la misma forma, las/os hermanas/os se vuelcan en el cuidado de este miembro de la familia, pero el impacto que genera en el resto de los familiares puede llegar a ser negativo.

El personal sanitario en general y el personal de enfermería en particular han de proporcionar a estas familias toda la información que necesitan, así como el apoyo emocional necesario en el momento del nacimiento, de la crianza y en toda la asistencia que se les tenga que prestar. Para ello, conocer en profundidad todas las alteraciones y problemas de salud que conlleva este síndrome, así como los recursos públicos y privados a los que pueden recurrir estas familias, hará que se proporcione una mejor información y una atención de mayor calidad.



BIBLIOGRAFÍA

1. Huete-García A, Otaola-Barranquero M. Demographic Assessment of Down Syndrome: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 18(1):352. <https://doi.org/10.3390/ijerph18010352>
2. Antonarakis SE, Epstein CJ. The challenge of Down syndrome. *Trends Mol Med*. 2006; 12(10):473-9. <https://doi.org/10.1016/j.molmed.2006.08.005>
3. Holtzman DM, Epstein CJ. The molecular genetics of Down syndrome. En: Friedmann T, editor. *Molecular Genetic Medicine (Volume 2)*. Cambridge, Massachusetts: Academic Press, Inc; 2013. p. 105-20.
4. Diniz NLF, Parlato-Oliveira E, Pimenta PGA, Araújo L A, Valadares ER. Autism and Down syndrome: early identification and diagnosis. *Arq Neuropsiquiatr*. 2022; 80(6):620-30. <https://doi.org/10.1590/0004-282X-ANP-2021-0156>
5. Down Andalucía. (2022). Prevalencia del Síndrome de Down en Andalucía [Internet]. [Consultado 20 feb 2023]. Disponible en: <https://www.downandalucia.org/>
6. Skotko BG, Levine SP, Macklin EA, Goldstein RD. Family perspectives about Down syndrome. *Am J Med Genet A*. 2015; 170A(4):930-41. <https://doi.org/10.1002/ajmg.a.37520>
7. Amorim BYF de, Shimizu HE. Estigma, cuidador e criança com síndrome de Down: análise bioética. *Rev Bioética*. 2022; 30(1):72-81. <https://doi.org/10.1590/1983-80422022301508PT>
8. Skotko BG, Levine SP, Goldstein R. Having a brother or sister with Down syndrome: perspectives from siblings. *Am J Med Genet A*. 2011; 155A(10):2348-59. <https://doi.org/10.1002/ajmg.a.34228>
9. Skotko BG, Levine SP, Goldstein R. Having a son or daughter with Down syndrome: perspectives from mothers and fathers. *Am J Med Genet A*. 2011; 155A(10):2335-47. <https://doi.org/10.1002/ajmg.a.34293>
10. Ridding A, Williams J. Being a dad to a child with Down's syndrome: Overcoming the challenges to adjustment. *J Appl Res Intellect Disabil*. 2019; 32(3):678-90. <https://doi.org/10.1111/jar.12563>
11. Rodrigue JR, Morgan SB, Geffken GR. Psychosocial adaptation of fathers of children with autism, Down syndrome, and normal development. *J Autism Dev Disord*. 1992; 22(2):249-63. <https://doi.org/10.1007/BF01058154>
12. Soccorso C, Milliken A, Hojlo M, Pawlowski K, Weas S, Sideridis G, et al. Quality of Life and Family Impact in Down Syndrome, Autism Spectrum Disorder, and Co-occurring Down Syndrome and Autism Spectrum Disorder. *J Dev Behav Pediatr*. 2023; 44(3):e185-e195. <https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000001171>
13. Von Bertalanffy L. *General systems theory: foundations, development, applications*. Nueva York, Estados Unidos: George Braziller, Inc; 1986.
14. Golics CJ, Basra MKA, Salek MS, Finlay AY. The impact of patients' chronic disease on family quality of life: an experience from 26 specialties. *Int J Gen Med*. 2013; 6:787-98. <https://doi.org/10.2147/IJGM.S45156>
15. Barnoy S, Biton A, Itzhaki M. Social Inclusion of Children With Down Syndrome: Jewish and Muslim Mothers' Knowledge, Attitudes, Beliefs, and Behavioral Intentions. *J Pediatr Nurs*. 2017; 35:50-6. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.02.035>
16. Peric DB, Milicevic-Marinkovic B, Djurovic D. The effect of the adapted soccer programme on motor learning and psychosocial behaviour in adolescents with Down syndrome. *J Intellect Disabil Res*. 2022; 66(6):533-44. <https://doi.org/10.1111/jir.12881>
17. Bertrand R. Parents' perspective on having a child with Down Syndrome in France. *Am J Med Genet A*. 2019; 179(5):770-81. <https://doi.org/10.1002/ajmg.a.61102>
18. Riegel F, Crossetti MDGO, Siqueira DS. Contributions of Jean Watson's theory to holistic critical thinking of nurses. *Rev Bras Enferm*. 2018; 71(4):2072-6. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0065>
19. Watson J. *Human Caring Science. A theory of Nursing*. 2nd ed. Massachusetts, Estados Unidos: Jones and Bartlett Learning; 2011.
20. Guerrero RF, Chávez-Urías RA. Momento de cuidado, un encuentro fenomenológico entre enfermera y persona cuidada: reflexión en Watson. *Cult Cuid*. 2020; (58):7-18. <https://doi.org/10.14198/cuid.2020.58.02>
21. Heidegger M. *Being and Time*. Nueva York, Estados Unidos: Harper & Rowe; 1962.
22. Svenaeus F. *The Hermeneutics of medicine and the phenomenology of health: Steps towards a philosophy of medical practice*. Nueva York, Estados Unidos: Springer; 2001.
23. Toombs SK. *Handbook of phenomenology and medicine*. Nueva York, Estados Unidos: Springer; 2001.
24. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews



and focus groups. *Int. J. Qual. Health Care.* 2007; 19(6):349-57. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>

25. Morse JM. Data were saturated... *Qual Health Res.* 2015; 25(5):587-8. <https://doi.org/10.1177/1049732315576699>

26. Leonard VW. A Heideggerian phenomenologic perspective on the concept of the person. *Adv Nurs Sci.* 1989; 11(4):40-55. <https://doi.org/10.1097/00012272-198907000-00008>

27. Guba EG, Lincoln YS. Competing paradigms in qualitative research. En: Denzin NK, Lincoln YS, editores. *Handbook of Qualitative Research Volumen 2.* California, Estados Unidos: Sage Publications; 1994. p. 105-17.

28. Gori C, Cocchi G, Corvaglia LT, Ramacieri G, Pulina F, Sperti G, et al. Down Syndrome: how to communicate the diagnosis. *Ital J Pediatr.* 2023; 49:18. <https://doi.org/10.1186/s13052-023-01419-6>

29. Xanthopoulos MS, Walega R, Xiao R, Prasad D, Pipan MM, Zemel BS, et al. Caregiver-Reported Quality of Life in Youth with Down Syndrome. *J Pediatr.* 2017; 189:98-104.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2017.06.073>

30. Dias C, Schwertner C, Grando D, Bidinotto AB, Hilgert JB, Schuch JB, et al. Caregiving of children with Down syndrome: impact on quality of life, stress, mental and oral health. *Spec Care Dentist.* 2022; 42(4):398-403. <https://doi.org/10.1111/scd.12694>

31. Comisión Europea. Rare Disease European Reference Networks: Addendum to EUCERD Recommendations of January 2013 [Internet]. [Consultado el 24 feb 2023]. Disponible en: http://www.rd-action.eu/eucerd/EUCERD_Recommendations/20150610_erns_eucerdaddendum_en.pdf

32. Fijnvandraat K, Clossen MH, Leebeek FWG, Peters M. Diagnosis and management of haemophilia. *BMJ (Online).* 2012; 344(7855). <https://doi.org/10.1136/bmj.e2707>

33. Wang N, Zhou S, Wang S, Kuang Y, Zu Y, Xie R, et al. [Economic burden of Down syndrome patients and psychological and social discrimination to female caregivers in Changsha, China]. *Zhonghua yi xue yi chuan xue za zhi = Zhonghua yixue yichuanxue zazhi. Chin. J. Med. Genet.* 2022; 39(1):11-5. <https://doi.org/10.3760/cma.j.cn511374-20210512-00404>



ENFERMERÍA ONUBENSE EN AP: 1.843.203 ACTOS SANITARIOS

Huelva.- Redacción

La enfermería de Huelva destinada en Atención Primaria (AP) atendió, lo largo del año 2.023, un total de 1.843.203 actos sanitarios. En el conjunto de la región, las enfermeras del primer nivel asistencial realizaron algo más de 33 millones de actuaciones. Son cifras que hablan del volumen del desempeño profesional según reflejan los datos oficiales a cargo del Servicio Andaluz de Salud (SAS) publicados el pasado agosto. En el conjunto de todos los niveles competenciales, la AP andaluza alcanzó más de 92 millones de actuaciones. La consejería de Salud indicó que los datos de 2.023 son similares a los de 2.019 si bien crecieron en el caso de enfermería por las campañas de vacunación masiva tras desencadenarse la pandemia del Covid-19. Salud aprovechó esta ocasión para subrayar que el número de enfermeras creció “un 19% desde 2.019 pasando de 25.500 a 30.000 efectivos”.

La red de Centros de Sslud y Consultorios



repartidos por las ocho provincias andaluzas, y que en conjunto suman alrededor de 1.500 instalaciones, desarrolló una labor que supera los 92 millones de asistencias. Con este desglose según los colectivos: presentes en el primer nivel, los Médicos de Familia

sumaron 41.832.990 de consultas de las que 1.264.602 fueron a domicilio. En lo referido a los Pediatras, las cifras ascendieron a 5.987.000 consultas de las que una minoría (4.232) fueron domiciliarias. También es relevante el capítulo de las Urgencias en Primaria, que sumaron un total de 7.162 513 incidencias de las que 150.000 se produjeron en los domicilios. Además, el SAS dio cuenta del trabajo desempeñado por otros profesionales presentes en la cartera de la AP. Es el caso de la, Odontología (758.688 intervenciones), Trabajo Social (605.349), Cirugía Menor (187.243), así como los 2.121.826 de radiografías en los centros dotados con esa prestación.

La enfermería andaluza de AP en las ocho provincias sumó un total de 33.328.840 consultas atendidas en el pasado ejercicio anual siendo 3.603.971 las que precisaron desplazamiento a los hogares de los pacientes. En la provincia de Sevilla, la enfermería comunitaria se sitúa a la cabeza en la estadística donde, por razón de su mayor densidad de población, fueron 6.881.070 consultas. Los Médicos de Familia atendieron 9.170.723 citas mientras los especialistas en Pediatría asumieron 1.407.810 siendo 1.451.072 las urgencias contabilizadas en la geografía sevillana. Le siguió Málaga con 5.200.687 consultas de enfermería, mientras los Medicina de Familia (7.188.444), los Pediatras (1.035.789) y las Urgencias (1.053.014) completaron el conjunto de la primaria malagueña.

HUELVA, EN NÚMEROS

La sanidad pública de AP en la provincia de Huelva arrojó el siguiente balance-resumen del último año. La enfermería sumó 1.843.203 actuaciones. Los Médicos de Familia contabilizaron 2.641.162 citas, y los especialistas de Pediatría se ocuparon de 353.453 citas. En cuanto a las Urgencias que asumieron

► En los centros de Salud y consultorios de la región se llevaron a cabo más de 92 millones de actuaciones

los centros y consultorios onubenses ascendieron a 668.690 demandas ciudadanas. El resto de las provincias andaluzas presentaron cifras entre las cuales las más abultadas, por razón del número de habitantes, se realizaron en las de Sevilla y Málaga. El SAS precisó que en el balance global de la AP andaluza, la demanda de los ciudadanos se dividió entre un 59,6% de mujeres frente al resto (40,33%) de hombres.

Salud dio cuenta que el balance de AP en Andalucía en 2.023 es similar al de 2.019 cuando se llevaron a cabo 85,2 millones de actos sanitarios entre los diferentes colectivos, si bien la administración regional destacó el aumento de las actuaciones de enfermería a causa de las campañas de vacunación masiva a la población tras declararse la alarma por la pandemia vírica del Covid-19. También, las autoridades sanitarias de la comunidad hicieron hincapié en que el 36% del presupuesto de Salud se destina a la AP con la puesta en marcha de nuevas instalaciones inauguradas y “mejoras en el aumento de la plantilla de efectivos”. De tal suerte que Salud aseguró que desde el año 2.019 ha crecido en torno al 19% de efectivos pasando de 25.500 a 30.600 profesionales, tal y como confirmó la hasta hace poco la anterior responsable Catalina García en el Parlamento el 11 julio/24, en el transcurso una comparecencia sobre la sanidad regional con especial mención a la enfermería que, según dio cuenta Salud la plantilla “ha aumentado un 25% igualando la ratio nacional”.



GUÍA ENFERMERA PARA TRATAR INFECCIONES DE ORINA EN MUJERES

Huelva.- Redacción

La profesión de enfermería tiene una nueva autorización en este caso dedicada a tratar infecciones de orina en la mujer. Así se contempla en la Resolución de la Dirección General de Salud Pública contenida en una nueva Guía dedicada para abordar la Indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica por parte de las enfermeras para abordar las infecciones del tracto urinario inferior (ITU) en mujeres adultas. La referencia ministerial no alude, en ningún momento, al término prescripción.

EL BOE (19 agosto 2024) publicó la Resolución de la Dirección General de Salud Pública por la que se valida la Guía para la indicación, uso y autorización de estos fármacos y que, en consecuencia, las enfermeras puedan tratar infecciones del tracto urinario inferior en mujeres de edad adulta. Esta infección, como subrayó el Ministerio de Sanidad, es una de las razones más comunes de consulta en Atención Primaria dado que, anualmente, un 5% de mujeres acuden al médico por esta causa y que, a lo largo de la vida, llega a afectar al 50% de las mujeres al menos una vez además de que aumenta la frecuencia con la edad. Las ITU presentan dos tipos fundamentales: la cistitis, infección de la vejiga o del tracto urinario inferior y la pielonefritis, infección del riñón o infección del tracto urinario superior “no complicada en mujeres adultas”. El microorganismo más común origen de estas infecciones es *Escherichia coli*, responsable del 70 % y 80% de los casos.

Los síntomas típicos de la cistitis incluyen dolor o ardor al orinar (disuria), necesidad

► **El contexto se refiere al tracto urinario inferior (en mayores de 14 años) mediante el “uso temprano de medicación con antibiótico”**

de orinar con mayor frecuencia, aunque en pequeñas proporciones (polaquiuria), dolor suprapúbico, urgencia urinaria y sangre en la orina (hematuria) sin prurito o flujo vaginal anormal. Se considera la ITU complicada cuando se da en personas con mayor riesgo, caso de las embarazadas, ancianas, diabéticas o personas con anomalías anatómicas que necesitan. Sanidad concreta “una evaluación médica más profunda”. El tratamiento de la ITU no complicada, objeto de la Guía enfermera, se basa en el “uso temprano de medicación con antibiótico pero sin necesidad de realizar urocultivo rutinario con el objetivo de aliviar los síntomas y erradicar la infección de forma rápida y eficaz.

PROTOSCOLOS ESPECÍFICOS

Esta Guía, fruto de un trabajo y colaboración multidisciplinar, facilitará a las enfermeras la “indicación y administración de la farmacoterapia adecuada” que comporta un enfoque integral en AP donde, Sanidad asegura que “las condiciones son óptimas para su implementación”. La Guía ofrece un marco de referencia para que las enfermeras actúen en el tratamiento de mujeres mayores de 14 años que presenten ITU no complicada. Pero, eso sí, excluye los casos considerados complejos que “requieren valoración médica como

infecciones recurrentes, uso de sonda vesical o inmunosupresión”. Además, establece protocolos específicos para el manejo de medicamentos, definiendo cuando las enfermeras “pueden indicar, modificar, interrumpir o finalizar un tratamiento en función de los síntomas y evolución del paciente”.

Ahora, y a partir de su publicación en el BOE, las comunidades deberán adaptar la presente Guía a sus contextos específicos mediante el desarrollo de protocolos que concreten la

► **Con la presente, ya son nueve las Guías que han sido publicadas en el BOE**

población objetivo, los medicamentos autorizados y los criterios de actuación. La Guía se revisará cada cinco años al objeto de poder incorporar nueva evidencias científicas y actualizaciones que hayan aparecido en ese tiempo, asegurando “que las actuaciones de las enfermeras sean seguras, eficaces y estén alineadas con el uso racional de los medicamentos”. Con la presente, ya son nueve las Guías publicadas y autorizadas por el Ministerio de Sanidad para la indicación de medicamentos por parte de las enfermeras españolas. Con anterioridad, y como bien se conoce, se llevan publicadas las referentes a estos capítulos sanitarios: deshabituación tabáquica, anestésicos locales, fiebre, anticoagulación oral, tratamiento de heridas, hipertensión, diabetes tipo 1 y tipo 2, quemaduras y, finalmente, ostomias.



ENFERMERÍA Y LA ATENCIÓN EN URGENCIAS, LIDERAN LA VALORACIÓN SOCIAL

Huelva.- Redacción

El 45% de los españoles acudió a los servicios de Urgencias en el transcurso del último año. Tan elevado porcentaje, con todo lo que representa para ofrecer la mejor atención a la ciudadanía, ha sido confirmado por el Ministerio de Sanidad y recogido en el Barómetro Sanitario a cargo del propio departamento ministerial en colaboración con el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). Otro dato significativo ha sido que el 40,5% de la población visitó los centros de Atención Primaria. Y un dato harto elocuente, las Urgencias y la atención en los hospitales gozan de la mejor valoración de todo el Sistema. Por otra parte, nada menos que la mitad de la población sigue creyendo que la sanidad pública se financia mediante las cotizaciones a la Seguridad Social y no por medio de los impuestos que pagamos los españoles.

El Ministerio de Sanidad dio a conocer los resultados de la primera oleada del Barómetro Sanitario de 2024 en el que queda reflejado por donde discurren las grandes líneas que, en su conjunto, constituyen el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud (SNS). Según los resultados obtenidos por Sanidad y el CIS, el 45% de los españoles decidieron acudir a los servicios de urgencias durante el pasado 2023 frente al 38,2% del ejercicio anterior lo que confirma el aumento de la demanda ciudadana y, en consecuencia, la carga de trabajo al que deben hacer frente los profesionales destinados en escasos servicios, donde el colectivo de enfermería representa un segmento indispensable.

CONFIANZA Y SEGURIDAD

El Barómetro sanitario nacional también deja constancia de que el 40,5% de la población decidió acudir al primer

► El cuidado de las enfermeras (8,46), exponente de la óptima aceptación ciudadana

nivel de atención, la red de centros de Atención. Primera repartidos por la geografía nacional. Y la valoración que los ciudadanos consultados han expresado de la AP ha subido tres puntos hasta situarse en un 83,6% de valoración por parte de los usuarios del primer nivel de asistencia. Los aspectos mejor valorados por los pacientes que acuden a Primaria son “la confianza y la seguridad” que transmite tanto el personal de enfermería como el médico (8,08 y 7,87 sobre 10, respectivamente). Otro dato a considerar fue que el 52,7% se personó en las Urgencias hospitalarias mientras que con porcentajes muy distantes se constata que el 6,5% de los españoles optó por llamar a los servicios extra-hospitalarios, sea el 061 o 112. El capítulo de las listas de espera en la percepción popular, según Sanidad, se ha reducido en más de cuatro puntos en el número de personas que entienden que las listas han empeorado el nivel asistencial.

En cuanto a las estimaciones más positivas por parte de la población, el Barómetro indica que la satisfacción experimentó un leve aumento situándose en 6,29 puntos en comparación con los 6,16 puntos en una escala de 10. Por lo que se refiere a la satisfacción recibida en la atención especializada



La sociedad valora el trabajo de las enfermeras

mantiene una estimación positiva aunque la puntuación la haya situado en 5,86 puntos frente a los 5,95 de la anterior consulta. De cualquier modo, los servicios de Urgencias (7,51 puntos) y a atención que se dispensa en los hospitales públicos (7,14 puntos) continúan siendo los ámbitos mejor valorados del conjunto del sistema público sanitario. Sobre las listas de espera, sea al especialista o de acceso al quirófano, el informe del ministerio y el CIS sostiene que se ha reducido en más de cuatro puntos (del 39,2% al 34,6%) el porcentaje de españoles que considera que han empeorado.

El Barómetro ha arrojado un dato que ha llamado la atención incluso a los autores de esta encuesta nacional. Tan sorprendente como que, algo más de la mitad de los españoles (50,1%) está convencido y continúa pensando de que la sanidad pública se financia, total o parcialmente, con las cuotas de las cotizaciones de las personas que trabajan frente al resto (45,6%) que asumen que el Sistema se sostiene con los impuestos que pagan el conjunto de la población. Y se debe observar que el Barómetro Sanitario, se realiza a través de una encuesta anual, base del estudio, en la que participan 7.800 entrevistas domiciliarias a personas de 18 y más años residentes en todas las provincias españolas.

URGENCIAS

El capítulo más valorado por los españoles o residentes es las Urgencias donde el 44,6% reconoce haber acudido a este servicio durante los últimos doce meses frente al 38,2% que lo hizo en 2.023, lo que representa un significativo aumento de la frecuentación. De ellos, el 52,7% visitaron las Urgencias hospitalarias frente a las de primaria. La red de AP absorbió el 40,5% de la demanda en el periodo analizado y en un nivel inferior, se verifica que el 6,5% de los españoles, o residentes en nuestro país, optaron por acudir a los servicios de urgencias extrahospitalarias, llámense 061 DCCU o el 112.

En lo relativo a los Ingresos hospitalarios, el 10,1% afirmó haber estado ingresado en un hospital público en los últimos doce meses fuera por derivación del personal médico de AP (37,2%) o por citación



► Sorprendente: la mitad de los consultados siguen creyendo que el Sistema se financia con las cotizaciones a la S. Social y no con los impuestos

del propio médico especialista en una consulta anterior. Y una vez ingresados, la gran mayoría (87,6%) se mostró favorable a la atención recibida. Además, en este ámbito la valoración más positiva corresponde a los cuidados prestados por las enfermeras (8,46 puntos) frente al 8,39 a cargo del personal médico.

CERTIFICADO Y VACUNAS

La encuesta-consulta se ha referido, por esta vez, a la percepción que tienen los ciudadanos respecto a la igualdad en el trato según la comunidad de residencia en determinados aspectos. De tal modo que un alto porcentaje (40%) de la población general “percibe que no se reciben los mismos servicios” según la región donde viva mientras que un 36% “considera que también es desigual el trato respecto al manejo de las nuevas tecnologías que manejan las personas atendidas”. Factores como el nivel socioeconómico o la edad de las personas atendidas son otros aspectos “en los que se percibe mayor igualdad en el trato”. En este terreno, el 55,9 de los entrevistados afirma tener algún certificado electrónico para realizar

trámites con la administración mientras un 0,94% no sabe lo que es ni representa esa posibilidad. El Ministerio de Sanidad apunta que este indicador es “relevante” pues el acceso a la historia clínica en el SNS, como a la historia clínica autonómica, necesita del certificado personal electrónico. Mientras, el 60,4% de los españoles sabe que puede retirar los medicamentos recetados en la sanidad pública fuera de su región de residencia.

El Barómetro Sanitario ha preguntado, por primera vez, acerca del grado de aceptación que las vacunas tienen entre la población general. Y la respuesta en cuanto a aceptarla es alta (pero sin olvidar que un 36,7% considera que “provocan efectos adversos para la salud”. La protección que proporcionan las vacunas es alta (90%) y se registra el mismo porcentaje en cuanto a “seguir las recomendaciones de los profesionales” en torno a la vacunación. En relación a la Salud Mental, en abril de 2024, un 17,8% de los consultados admitieron haber tenido la necesidad de acudir a consulta en un profesional especializado en la Salud Mental a causa de un malestar psicológico y emocional. El 46,3% de ellos fueron atendidos en la sanidad pública y un 44,7% optó por acudir a la privada mientras un 2,6% recurrió a ambas. La atención recibida en consulta pública de Salud Mental ha merecido una respuesta positiva (78,9%) y la cita con el especialista en este terreno lo consiguieron el 26% en menos de un mes.



XXX ANIVERSARIO DE LA 1ª PROMOCIÓN DE ENFERMERÍA, UNIVERSIDAD DE HUELVA (1991-1994)

Huelva.- Redacción

Una vez más, como pasara años atrás y van...las páginas de nuestro Documentos de Enfermería (véanse nos. 53 y 76), se hace eco en esta ocasión del XXXº aniversario de la XIV Promoción de la Diplomatura en Enfermería (1991-1994) de la E.U.E. Manuel Lois García, de Huelva.

Las gestiones realizadas por los compañeros D. Marcos A. Díaz Cordero y D. Esteban Gil Basalo, a quienes mostramos nuestra inestimable gratitud conjuntamente con la actividad frenética y vital del grupo de wassaps denominado DUE PROMOCIÓN 91-94, creado a tales efectos allá por el año 2013 por el compañero D. Pedro Landero García e integrado por 87 miembros de aquellos iniciales 120 componentes de la promoción hacen posible este inolvidable y grato reencuentro.

El resultado, lograr reunir a medio centenar de compañeras para celebrar este XXXº aniversario de la 1ª Promoción de Enfermería, Universidad de Huelva (1991-1994), el pasado día 15 de junio de 2024 en un almuerzo en el establecimiento de restauración La Casona, de la capital onubense. Durante unas horas, en un fenomenal ambiente de amistad y compañerismo

por el ansiado reencuentro, acordándonos de aquellos miembros que no pudieron asistir y los que ya no están entre nosotros, se concatenaron nostalgia, el presente más efímero y proyectos futuros. Desde el mismo momento de la despedida, los integrantes se citan ya para celebrar nuestro XXXV aniversario...en 2029!!!



Tres décadas separan estas imágenes



TAILANDIA, EN EL RECUERDO

Huelva.- Redacción

Un nutrido grupo de la enfermería onubense decidió emprender una visita al Reino de Tailandia y allá que fueron, al país del sudeste asiático que con una extensión similar a la de España, tiene una población alrededor de 72 millones de habitantes lo que le convierte en una de las naciones más pobladas del mundo en la que conviven personas de origen tailandés, chino y malayo. Tan alejada y diferente a nuestra realidad europea, los expedicionarios pudieron aproximarse a

una cultura influenciada por China e India, al ser el único país del sudeste asiático que nunca fue dominado por potencias europeas. Los viajeros supieron de los enormes atractivos que han convertido Tailandia en uno de los destinos turístico más demandados, del mundo por la calidad y variedad que ofrece Ruinas, y templos milenarios desfilaron ante los ojos de los sanitarios onubenses como, por ejemplo, las conocidas “Siete maravillas de Tailandia”. Que ahora son recuerdos.



PATIO DEL AMOR, PRIMERA PIEDRA

Huelva.- Redacción

En un acto sencillo pero esperanzador, el Hospital J.R Jiménez colocó, simbólicamente, la primera piedra del llamado “Patio del Amor” una iniciativa de la Hermandad de las Tres Caídas que ofrecerá a los jóvenes enfermos tener un espacio exterior que les conecte con sus familias y amigos a través de los juegos propios de la edad. El proyecto, cargado de la humanización, tan necesaria en ámbitos sanitarios, contó con la presencia de las autoridades sanitarias, municipales, Hermandad y del arquitecto Aurelio Cazenave. El Patio estará localizado en la cubierta anexa a Pediatría y abarcará una superficie de 500 metros cuadrados. La ejecución de la obra tendrá dos etapas para asegurar que la estabilidad, y seguridad del edificio no se vean comprometidas. El responsable de la Asociación Patio del Amor, Iván Regueira, afirmó que esta apuesta será posible “gracias a las 7.000 pulseras y otros elementos de merchandising adquiridos por los onubenses y aportaciones de empresas, instituciones y particulares”. El resultado mejorará la calidad de vida de los menores ingresados en un entorno seguro y acogedor.



XXVIII CERTAMEN DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA CIUDAD DE HUELVA



1.- DENOMINACIÓN:

XXVIII Certamen de Investigación en Enfermería "Ciudad de Huelva"

2.- ORGANIZADOR:

El presente certamen es organizado por el Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Huelva.

3.- OBJETO:

Motivar y estimular la función investigadora entre los/as profesionales colegiados/as y estudiantes de Enfermería de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

Visibilizar la labor investigadora de los/as profesionales y estudiantes de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

4.- MODALIDADES:

A.- Proyecto de investigación con resultados (parciales o totales) - presentado por colegiados/as.

B.- Protocolo de investigación - presentado por colegiados/as.

C.- Proyecto desarrollado por estudiantes de Grado en Enfermería en su TFG.

5.- PREMIOS:

La dotación económica de los distintos premios es la que se detalla a continuación, según modalidad:

A.- Primer premio, dotado con 3000 euros y trofeo.

Segundo premio, dotado con 500 euros y trofeo.

B.- Primer premio, dotado con 1000 euros y trofeo.

Segundo premio, dotado con 300 euros y trofeo.

C.- Primer premio, dotado con 500 euros y trofeo.

Segundo premio, dotado con 100 euros y trofeo.

* A las cuantías expuestas les serán aplicadas las retenciones que contemple la legislación fiscal vigente.

6.- PRESENTACIÓN:

Los trabajos deberán ser presentados en la sede del ICOEH sita en C/San Andrés 18-20 de Huelva. CP 21004. El periodo de presentación de los trabajos comprenderá desde las 09:00 horas del día 15 de octubre de 2024 hasta las 14:00 horas del día 15 de enero de 2025, siendo ésta última la fecha límite para ser recepcionados en sede colegial independientemente del modo en que se presenten (en persona, por correo postal o agencia). Se incluirá una copia del trabajo en papel encuadernada y otra copia en soporte digital. La ausencia de una de ellas puede ser motivo de exclusión. Estas copias irán firmadas con seudónimo y se presentarán en sobre cerrado en el que se indicará "XXVIII 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 un 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 podría conllevar la descalificación del trabajo.

7.- CRITERIOS TÉCNICOS:

Se utilizará para su presentación el formato propio de la convocatoria que puede ser descargada desde la web del Colegio, siguiendo rigurosamente los criterios allí establecidos. Los trabajos presentados tendrán un máximo de 30 páginas escritas en Arial o Times New Roman, tamaño 12, formato normal e interlineado sencillo. Entre los aspectos a evaluar, se tendrá en cuenta la originalidad, el plan de difusión y la adecuación de cada una de las partes del proyecto. La rúbrica de evaluación estará disponible en la página web del Colegio Oficial de Enfermería de Huelva.



8.- PARTICIPANTES:

A las categorías A y B podrá concurrir cualquier profesional de Enfermería, que se encuentre colegiado/a en alguno de los Colegios de Enfermería de la Comunidad Autónoma de Andalucía y al día en sus obligaciones colegiales en la fecha de presentación en sede colegial y hasta el anuncio público del fallo del Jurado. Quedan excluidos los miembros que componen el jurado. El hecho de participar en este certamen implica la aceptación previa de las presentes bases. A la categoría C podrán concurrir estudiantes de Grado de las Facultades de Enfermería de Andalucía que hayan elaborado su TFG en el curso 2023/2024.

9.- FALLO:

El fallo del jurado se producirá en el mes de Febrero de 2025 y se hará público en el marco de una jornada de investigación a programar por el Colegio de Enfermería de Huelva en el segundo trimestre de 2025. Previamente, la organización contactará particularmente con los autores de las obras galardonadas para comunicarle su condición de premiados y gestionar su asistencia a la jornada.

10.- PROPIEDAD:

Los trabajos premiados quedarán en propiedad del Colegio Oficial 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/a. Los/as ganadores/as de los premios de las distintas categorías se comprometen a elaborar un artículo, basado en el trabajo presentado, para la revista "Documentos de Enfermería" editada por el COEH, en el formato que se les sea comunicado.

11.- TITULAR:

Será quien aparezca como único/a o primer/a firmante.



Colegio Oficial de
Enfermería de Huelva

