

**REVISTA del  
COLEGIO de  
ENFERMERIA  
de CANTABRIA**

# **NUBEROS**

**AÑO 14 NUM. 53**

**2º Trimestre 2009**

**¿Qué queda de la Atención  
Primaria de la Salud?**

**SEGUNDO GONZALEZ GARCIA:  
Un estandarte para la  
Enfermería**

**Ganadores del VII Premio  
'Sor Clara'**

**Celebración del Día  
Internacional de Enfermería**

**El Servicio Cántabro  
de Salud no cubre  
la prestación de  
vacunas fuera del  
calendario marcado**



# MÁS DESCUENTOS, MÁXIMA TRANQUILIDAD

A.M.A. cuida de usted para que pueda disfrutar de la máxima tranquilidad. Por eso ahora, cuantos **MÁS SEGUROS** contrate con nosotros, **MÁS DESCUENTOS** conseguirá en sus pólizas.

Y además...  
al contratar su seguro A.M.A.  
participará en el sorteo de un  
viaje **PARA DOS PERSONAS**  
**A LA RIVIERA MAYA.\***



LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

[www.amaseguros.com](http://www.amaseguros.com)

A.M.A. Suelo 8 942 217 719  
Calle de Vega, 33 SANTANDER 39003  
[santander@amaseguros.com](mailto:santander@amaseguros.com)  
A través de internet: [www.amaseguros.com](http://www.amaseguros.com)

\* Promoción válida desde el 15 de abril hasta el 31 de agosto de 2009. Sorteo ante Notario: 21 de septiembre de 2009. Consulte las bases y política de protección de datos en [www.amaseguros.com](http://www.amaseguros.com)

# NUBEROS

REVISTA DEL COLEGIO DE ENFERMERIA DE CANTABRIA

C/ Cervantes, 10 - 5º  
Tfnos. (942) 31 97 20  
31 97 21 y 696 433625  
Santander

colegio@enfermeriacantabria.com  
www.enfermeriacantabria.com

## JUNTA DIRECTIVA

### PRESIDENTA:

M<sup>a</sup> Asunción González Salas

### VICEPRESIDENTA 1<sup>a</sup>:

Rocío Cardeñoso Herrero

### VICEPRESIDENTA 2<sup>a</sup>:

Montserrat González García

### SECRETARIO:

Rosa González Casquero

### VICESECRETARIO:

Mario Arroyo López

### TESORERA:

Eduarda Malpica Gordillo

### VOCALES:

Cristina Ruiz Sanzo

Raul Fernández Carreras

Cristina San Emeterio Pérez

María Teresa Gil Urquiza

Covadonga Varela Antuña

Angustias Casa Higuera

## PUBLICIDAD Y EDICIÓN:

EDICIONES DEL NORTE, S.L.

C/ Matilde de la Torre, 51

39012 Santander

Tfno. 942 291 200

Fax: 902 500 813

ceconomica@mundivia.es

## IMPRIME:

GRAFICAS J. MARTINEZ

ISSN 1699-7042

Dep. Legal. SA- 296/1996

Nuberos no se hace responsable de las opiniones emitidas por sus colaboradores.

# ¿Le preocupa al Gobierno Regional la atención a los ancianos?

Con la aprobación de la Ley de la Dependencia con los contenidos que incluye, la Administración Regional inició un camino de claro perjuicio para la Enfermería que paso a paso se va incrementando y que que tenemos que soportar.

En primer lugar, hemos soportado que se prescindiera de nosotras en el desarrollo de las valoraciones de la dependencia, observando como se realizan por profesionales que no conocen a los usuarios, ignorando por completo a la enfermera que lleva años cuidando de estos pacientes y que hubiese conseguido unas valoraciones más precisas, además de aportar mayor fluidez en el proceso burocrático y de evitar el perjuicio para los usuarios supone el que, en un gran número de casos, haya que realizar una segunda valoración por que la primera no era correcta.

En segundo lugar, la enfermería cántabra debe soportar el contenido del decreto regional de Regulación, Registro e Inspección de Entidades, Servicios y Centros de Servicios Sociales, en donde se equipara a la enfermería con cualquier otra profesión como puede ser la de maestro, logopeda, etc., y con ese criterio establece el número de profesionales que debe de existir en cada centro.

Por último, un Gobierno Regional muy proclive a editar folletos y libros en donde glosan su gestión pagados con el dinero de todos los ciudadanos de la región, no podía evitar la publicación de un estudio en donde ponen por escrito como quieren que sea la gestión de los centros geriátricos concertados. El problema es que en el apartado referido a las necesidades de personal para la cuidados de los internos, se basan en el convenio colectivo del sector que prescinde de los cuidados de enfermería y ceden esa asistencia a las auxiliares de geriatría, por lo que están fomentando el intrusismo profesional de nuestra profesión, lo que ya ha sido condenado por el Tribunal Supremo.

En mi opinión, esto lo hacen por que se trata de personas dependientes sin la necesaria capacidad de entendimiento y creo que nuestro colectivo no puede consentir, ni como profesionales, ni como sociedad que esto ocurra y debemos usar todos los mecanismos legales a nuestro alcance para evitar este atropello.

M<sup>a</sup> Asunción González Salas. Presidenta del Colegio



FOTO PORTADA: Rafael Luengo

## SUMARIO

### 4. ¿Que queda de la atención primaria de la salud?



10. Segundo González García: Un estandarte para la Enfermería

16. Investigación en Enfermería: Medicalización de los accidentes de montaña en la Comunidad Autónoma de Cantabria: Análisis de la situación actual.

### 22. El VII premio 'Sor Clara' de Investigación en Enfermería ya tiene ganadores



24. Celebración de las Jornadas sobre

### 'Responsabilidad Civil del Personal Sanitario'

26. Celebración del Día Internacional de la Enfermería.

31. El SCS no asume los problemas que tengan los profesionales si vacunan fuera del calendario establecido

32. Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria justifica el intrusismo profesional en las residencias geriátricas



## Así funciona...

Desde la enfermería siempre entendió que el concepto que se pretendía aplicar en la nueva Atención Primaria era el de pasar de un sistema sanitario basado exclusivamente en tratar enfermedades a otro concepto que, además, promoviese hábitos y estilos de vida saludables en las personas, familias y comunidades, donde las enfermeras desarrollarían un papel nuclear. Sin embargo, la experiencia de las profesionales de enfermería que llevan muchos años trabajando, les muestra que la teoría con la que se comenzó a trabajar hace tres décadas y que se mantuvo durante varios años, está involucionando hacia una atención a demanda puramente asistencial, quedando como anécdota las intervenciones en promoción y prevención de la salud.



# ¿Qué queda de la atención primaria de la salud?

Según la OMS en su declaración de Alma-Ata la Atención Primaria (AP) “es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y au-

todeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso

permanente de asistencia sanitaria.”

Pues bien, esa es la teoría que, como en otra multitud de casos, siempre está alejada de una realidad que en la actualidad exige de enfermeros y enfermeras de Atención Primaria (AP) una dedicación a la demanda asistencial que ocupa la totalidad del tiempo de la consulta, provocando la saturación del propio sistema y dejando como una mera anécdota la pretensión de realizar intervenciones de promoción de

la salud. Esto supone el abandono de esta labor tan importante del sistema sanitario.

Últimamente y cada vez más, la AP está pasando a ser el plato que recoge el rebosamiento de la Atención Especializada y que los gestores del Servicio Cántabro de Salud (SCS) siguen incluyendo en las carteras de servicio, siendo plenamente conscientes del perjuicio que están provocando, actuando como auténticos verdugos de la AP y como ejemplo puede servir que la

gerencia fije como objetivo llave y fundamental para las enfermeras familiares y comunitarias el 'Estar disponible y capacitada para realizar la determinación capilar del Sintrom', lo que supone el más claro ejemplo de la pérdida total y absoluta de la identidad de los objetivos en AP.

Los mensajes que nos llegan, transmitidos por gestores y políticos, a los profesionales que realizamos nuestro trabajo en las Areas de Salud, es que en vez de trabajar con la atención especializada para mejorar la calidad de la atención al usuario, trabajamos para desbloquearla, en detrimento del trabajo que se debe realizar desde la atención primaria tendente a mejorar la salud de la población desde su base inicial y que evitaría los problemas de saturación que tienen los centros de especializada. Es curioso que a estas alturas, la comunicación entre ambos niveles asistenciales sea inexistente en muchas ocasiones y, desde luego, muy pocas veces bidireccional, lo que va en detrimento de la atención al usuario.

### ¿Hay un plan de salud para Cantabria, que regule y priorice estas situaciones?

Este año, en los equipos de atención primaria, además de toda la cartera anterior, han incorporado la atención al paciente terminal, pues los equipos existentes en la Especializada ya no realizarán la atención a domicilio. Además, se van a poner en marcha el 'Plan de Detección Precoz del Cáncer de Colon' —programa muy interesante y justificado en el que las enfermeras de primaria van a llevar a cabo la captación y cribado de los pacientes—, el 'Programa de Recepción Acogida y Clasificación de Pacientes que soliciten asistencia Médica en el Día' (RAC) —aunque en principio se trabajará de forma voluntaria, la intención es que cuando el médico no tenga

consulta libre se le ofrezca al paciente el que sea atendido por una enfermera—. Todos estos planes son muy interesantes y bien planificados y desarrollados, permitirán ofrecer a los pacientes una atención sanitaria de más calidad, pero lo más lógico sería que cada profesional cubriese las demandas de su ámbito de competencia, recibiendo la formación adecuada y dedicando el tiempo necesario para cada uno de los programas. Según remarca Rocío Cardeñoso, "las enfermeras no somos 'minimédicos' y queremos direcciones que potencien el rol autónomo profesional de la enfermería familiar y comunitaria, dentro del amplísimo y necesario papel de facilitar gestión de procesos ágil y de calidad.

Además, señala Rocío "la decisión del Gobierno de Cantabria de separar la atención sanitaria y social en diferentes consejerías está provocando la disociación del concepto de salud, y a la vez creando también interferencias, como el cambio en la normativa que regula las residencias de ancianos, que anuló la exigencia de que cuenten con un cupo de enfermeras, planteando que sean las profesionales de primaria las que acudan a estos centros para prestar la asistencia, o como se están desarrollando las valoraciones de la dependencia, por profesionales que no conocen a los usuarios, ignorando por completo a la enfermera que lleva años cuidando de ellos y que hubiese conseguido unas valoraciones más precisas, además de aportar mayor fluidez en el proceso burocrático.

"Todo lo que expreso", continúa Rocío, "lo hago con mucha pena pero con la convicción de la necesidad del cambio, pues siempre he defendido y creído en la filosofía de la AP y, por su puesto, del papel fundamental que en ella tenemos las enfermeras comunitarias, a pesar del poco reconocimiento y apoyo de nuestras direcciones. Creo que hay que retomar el espíritu de Alma-Ata y no creo que haya que vivir del pasado, pe-

## ¿Es real la falta de médicos en nuestro sistema sanitario?

### ¿No será que hay una mala planificación de los recursos tanto económicos, como Humanos?

Parece peligroso el mensaje que la sociedad está recibiendo en los últimos meses sobre la falta de médicos en España. Hasta el propio exministro hizo unas declaraciones en esta línea, insinuando la necesidad de aumentar las plazas en las facultades de medicina.

Sin embargo, este análisis exige un estudio desde varias perspectivas:

#### 1º Comparación entre el número de médicos y enfermeras por habitante en España y en Europa.

*España es el segundo país de Europa por número de médicos por habitante, pero es el segundo por la cola en el de enfermeras por habitante, lo que demuestra que la sanidad española está excesivamente biomedicalizada y, lo que es más grave, también la AP —a pesar del intento de cambio de dicha situación tras Alma-Ata y tras la reforma realizada en España en los años 80 con la creación de los centros de salud—, alejando la gestión cada vez más de su propia esencia inicial.*

#### 2º Necesidad en materia de salud de la población.

*La sociedad española cada vez está más envejecida (con un 18% es la más envejecida de Europa) y ha aumentado la población inmigrante, acompañado de una población cada vez más demandante y dependiente de los servicios sanitarios como consecuencia de la falta de conocimientos para el autocuidado y la falta de formación en la asunción de la responsabilidad propia sobre nuestra salud. Esto deriva en una población con mayor necesidad de cuidados enfermeros, y una población con necesidades de Educación para la salud, pero no solo como intervención puntual en etapas de la vida, si no entendida como parte de la formación global básica de las personas desde la infancia que ayude a la autoresponsabilidad de las personas en sus cuidados.*

#### 3º Previsión de futuro de las necesidades de salud de la población.

Las previsiones son el aumento del envejecimiento de la población y un sistema sanitario con serios problemas de financiación, una política de gestión cada vez más medicalizada, con medidas de intervención apagafuegos y sin un plan de salud de futuro que desarrolle estrategias para abordar la situación planteada.

Tanto la educación como la sanidad son bienes públicos de inestimable valor que no pueden estar supeditados a intereses políticos ni a promesas electorales, sino basados en análisis de la situación y planificaciones consensuadas, sin promesas a los ciudadanos servicios incosteables e innecesarios, que a larga pueden estar poniendo en peligro nuestro sistema sanitario público. Es necesario prever estas necesidades y adoptar una serie de medidas de planificación sanitaria con el fin de abordar esta situación.



Rocío Cardeñoso, vicepresidenta del Colegio de Enfermería y enfermera del Centro de Salud de Medio Cudeyo de Solares.

ro éste nos ha de servir para avanzar y actualizar la AP y, más concretamente, lo servicios enfermeros a las demandas actuales de la sociedad. Debemos hacer una reflexión profunda sobre el camino al que estamos dirigiendo a la AP con los cambios que en estos últimos años se están realizando”.

Rocío Cardeñoso, como enfermera comunitaria que es, cree que es fundamental que la profesión enfermera ejerza como agente impulsor de la promoción de la salud dentro de la comunidad, realizando una reflexión sobre si todas las enfermeras de un equipo tienen que trabajar en todos los programas o si, por el contrario, es más operativo el reparto de funciones asistenciales y comunitarias de

una manera que se asegure esa cobertura, pero siempre impulsando las funciones autónomas enfermeras.

Actualmente se estima que la asignación media ideal es de 1.500 pacientes por cada enfermera, similar a los que un médico atiende, sin embargo es dudoso que se pueda asignar un número de pacientes a un médico y a una enfermera con los mismos criterios, pues es razonable pensar que en el caso de la enfermería habrá que analizar variables diferenciales como por ejemplo la edad de los pacientes, si se trata de una zona marginal o la presencia de residencias geriátrica o centros de asistidos, pues en todos los casos variarán de manera sustancial la necesidad de cuidados enfermeros.

## PROPUESTAS

- Fomentar la consulta a demanda de la enfermera, para se consolide como puerta de entrada al sistema, pero no para hacer recetas o para poner inyectables y curas, si no para ofrecer cuidados: ¿Información métodos anticonceptivos? ¿Dudas en el manejo de dieta baja en grasa? ¿Prevención de lesiones de espalda? ¿Deterioro cognitivo?
- Para que la población demande todo esto y más a la enfermera de manera espontánea, tenemos que dejar de ser invisibles para la sociedad. Esto es consecuencia de que nos vendemos poco y nos seguimos identificando mejor con funciones delegadas que con las autónomas de la profesión. La sociedad ha cambiado muy poco la visión de la enfermera y no hay ningún programa de la gerencia que se preocupe de impulsar todo el potencial que podemos ofrecer y sería una buena manera de aumentar la calidad de la atención sanitaria del sistema público de salud.
- Libre elección de enfermera, acompañada de la asignación de pacientes por enfermeras en base a criterios enfermeros.

## ¿Con que suc Aportaciones de la Enfer

Inspirados en Florence Nightingale, enfermera del siglo XIX cuyas ideas cambiaron la asistencia a los heridos y enfermos de la guerra de Crimea y en cuyo honor se celebra el Día Internacional de la Enfermería, desde la Sociedad Científica de Enfermería Comunitaria de Cantabria (SCECC) queremos proponer algunas ideas utópicas pero no imposibles, que pueden contribuir al debate social sobre la necesaria reforma de la Atención Primaria.

Soñamos con adecuar los cuidados de Enfermería a las necesidades de la envejecida población cántabra. El 18% de la población es mayor de 65 años, edad en que está establecido el concepto de envejecimiento, sin embargo, a nosotros nos preocupan otros datos: ¿Cuántos cántabros hay mayores de 80 años y cuántos mayores de 90? ¿Cuántos pacientes hay en Cantabria con discapacidades graves de tipo físico, mental o sensorial? Estos datos, así como el número de enfermeros que se encarguen de atenderlos, ahora y en el futuro, determinarán la calidad y cantidad de la atención que reciban.

Las personas mayores y las personas con discapacidades deberían ser nuestros pacientes VIP, es decir, los más importantes, ya que son ellos los principales demandantes y receptores de nuestros cuidados enfermeros. Sin embargo, estos pacientes no pueden ser atendidos de igual modo en Cantabria que, por ejemplo, en la comunidad de Navarra, por una simple cuestión numérica. Mientras que en Navarra disponen de 913 enfermeros por cada 100.000 habitantes, en Cantabria solo hay 675. En cualquier caso, que nadie se preocupe, vamos a seguir cuidando a nuestros pacientes con nuestros mejores cuidados.

Soñamos con el desarrollo de las especialidades de enfermería y, especialmente, la de Enfermería Comunitaria. Un sistema sanitario cada vez más especializado no puede permitir que las especialidades enfermeras sigan sin desarrollarse, a excepción de Matronas y Salud Mental, pues se habría evitado la pérdida de conocimientos que provoca el continuo trasvase de enfermeras altamente cualificadas de los hospitales a la Atención Primaria, donde se requiere también una formación muy específica. Quizá con el nuevo plan de estudios de 4 años, se logre una adecuación entre el conocimiento y el trabajo a desarrollar.

Soñamos con el reconocimiento social



# ¿Enseñan los enfermeros de Cantabria?

## Enfermería Comunitaria al debate sobre la reforma de la Atención Primaria

e institucional del trabajo enfermero. En una situación de crisis económica, parece poco sensato disponer de diplomados con alta cualificación profesional infrautilizados en trabajos poco especializados, mientras que en otros lugares donde sería muy necesaria su presencia –veáse residencias geriátricas o escuelas–, no cuentan con una presencia enfermera acorde con los estándares europeos.

Queremos transmitir a la población que somos capaces de enseñar estrategias para fomentar el autocuidado, mejorar la calidad de vida y paliar, en la medida de lo posible, las enfermedades crónicas ligadas a comportamientos poco saludables. De esta forma será posible reducir el excesivo consumo de fármacos, la automedicación sin criterio y de forma desmedida que vive la sociedad, que solo convierte en más saludables las cuentas corrientes de las grandes corporaciones farmacéuticas.

Llamamos la atención a los gestores de que el problema del sistema sanitario no se reduce a la escasez de médicos, sino a la poca adecuación entre la formación de los trabajadores y las tareas que realizan.

Soñamos con avances legislativos que legitimen los costosos cambios producidos con el desarrollo de los equipos de Atención Primaria desde hace 25 años.

Cuando se crearon los primeros equipos de atención primaria se comenzó a trabajar con grandes dosis de voluntad. El referente legal que ordena las funciones que debemos desempeñar dentro de los equipos sanitarios sigue siendo el obsoleto estatuto de personal sanitario de las Instituciones Sanitarias del año 1973.

Tras el intento de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS), seguimos prácticamente en la misma situación lo que genera tensiones entre los trabajadores una vez desgastada aquella carga inicial de voluntarismo. Ejemplo de esta situación, es el encendido debate actual sobre la conveniencia o no de tener enfermeros que prescriban productos farmacéuticos, como ya ocurre en países de nuestro entorno.

Soñamos con profesionales de la gestión con capacidad y alto grado de competencia para dirigir los cada vez mayores y más complejos equipos. Resulta preo-

cupante observar como los puestos de coordinador Médico o de Enfermería son ocupados por personas sin la debida experiencia, no solo en los centros de salud sino también en los niveles más altos de la gestión sanitaria. Nos preguntamos porque la brecha entre dirigentes y dirigidos va poco a poco convirtiéndose en un abismo que se va rellenando con el desánimo y la tristeza de los trabajadores más comprometidos con un sistema sanitario público que atienda cada vez mejor y más eficientemente a los pacientes, verdaderos ejes del sistema sanitario.

Soñamos con trabajar en entornos de trabajo saludables, donde los derechos laborales básicos de los enfermeros contemplados por la legislación, sean respetados para que no haya la necesidad de gastar nuestra energía en luchar por ellos.

Esa energía preferimos utilizarla en cuidar a los enfermos y, ahora que tanto se habla de “cuidar al cuidador” nosotros, principales cuidadores de enfermos, en muchas ocasiones no nos sentimos nada cuidados por parte de la Administración Sanitaria. En estos cuidados, se pueden contemplar medidas como la flexibilización de las jornadas de trabajo, la aplicación de las jubilaciones parciales, el respeto a los días de descanso, la continuidad de trabajo del personal sin plaza fija...

Somos plenamente conscientes que, incluir estos aspectos en la gestión de personal, añade dificultades y la hace más compleja, por eso se necesita cada vez más que las políticas de recursos humanos estén en manos de profesionales de la gestión sobre todo en una empresa donde su mayor capital es ese: los recursos humanos.

Soñamos con que la población tenga asignada una enfermera comunitaria de referencia, pues cuando una persona acude a su médico sabe de antemano quien es y como se llama. Por el contrario, si acude a la enfermera no puede saber quién es, sencillamente, porque los profesionales de enfermería no tenemos asignados pacientes.

Esto, que puede parecer una cuestión baladí, impide conocer cuál es el número idóneo de pacientes a los que tiene que atender un profesional enfermero y, en algunas ocasiones, se generan situaciones de clara iniquidad, pues hay enfermeros

que atienden a un cupo médico (aproximadamente 1.500 pacientes) y otros, por diversas circunstancias, atienden dos, con lo que ello conlleva.

Esta aspiración de las enfermeras comunitarias solo está solucionada en alguna comunidad autónoma y es el paso previo para que los usuarios de la sanidad pública tengan la oportunidad de elegir, en su zona de salud, al enfermero por el que desean ser atendidos. Parece que un sistema sanitario moderno, que tiende a respetar los deseos de los usuarios, debe contemplar la elección de enfermero con las mismas posibilidades con las que actualmente se elige al médico.

Soñamos con dejar de ser invisibles en una sociedad altamente medicalizada, donde es frecuente ver en los medios de comunicación titulares informando que en nuestro Sistema Sanitario faltan médicos. Si tenemos la sensación de que faltan médicos, cuando España posee una de las ratios más altas de Europa (3,8 médicos /100.000 habitantes), es que algo no está funcionando bien. En los países de la OCDE la media es de 3 y España ocupa el segundo lugar de Europa en cuanto a número de médicos y el número 22 por el número de enfermeros; tenemos 1,15 enfermeros por médico cuando las recomendaciones europeas es que haya 3,2 enfermeros por médico.

No solo se deben tener en cuenta los números a la hora de analizar la percepción que la sociedad tiene del trabajo enfermero; creemos que el rol autónomo de la enfermería está muy desdibujado en el contexto de la asistencia sanitaria actual y este aspecto dificulta el desarrollo del trabajo en equipo y hace que los profesionales pierdan estímulo para seguir desarrollando al máximo sus capacidades. Estos sueños tienen un mismo objetivo: tratar de que dentro del Servicio Cántabro de Salud, los enfermeros de Atención Primaria podamos desarrollar nuestro trabajo con las máximas garantías para los pacientes, aportando nuestros conocimientos y desarrollando al máximo el trabajo en equipo, tan necesario para dar cobertura y respuesta a las crecientes y diversas necesidades de cuidados de la salud de los ciudadanos del siglo XXI.

**SCECC - Begoña Paris, Pilar Elena y Rocío Cardeñoso** (artículo publicado el pasado mes en el diario El Mundo Cantabria)

**CURSOS PUNTUABLES EN TODO EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**

[www.logoss.net](http://www.logoss.net)

☎ **902 153 130**  
☎ **953 245 500**

Camino de las niñas, 12. Urb. Ciudad Jardín-Entrecaminos  
C.P. 23170. LA GUARDIA DE JAÉN (Jaén)  
formacion@logoss.net

Disponemos de más de 160 cursos para ENFERMERÍA, al igual que los expuestos en esta revista, de Oncología, Quirófano, Geriatria, Farmacología, Pediatría, etc... con acreditación de la CFC (Ministerio de Sanidad). Si has finalizado o finalizas la diplomatura este año, consulta nuestras ofertas especiales.



CURSOS ACREDITADOS por la COMISIÓN de FORMACIÓN CONTINUADA DE LAS PROFESIONES SANITARIAS (Ministerio de Sanidad y Consumo)

**CURSOS PUNTUABLES EN TODO EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD PARA:**

- ✓ CONCURSO-OPOSICIÓN
- ✓ LA CARRERA PROFESIONAL
- ✓ BOLSAS DE CONTRATACIÓN
- ✓ TRASLADOS...

según Real Decreto: 1142/2007 por el que se determina la composición y funciones de la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias y se regula el sistema de acreditación de la formación continuada y Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.

CURSOS VÁLIDOS PARA CUMPLIMENTAR LA FORMACIÓN AL ACCESO EXCEPCIONAL DE ENFERMERO ESPECIALISTA (REAL DECRETO 450/2005)



**SOLICITA YA GRATUITAMENTE Y SIN COMPROMISO NUESTRO CATÁLOGO COMPLETO DE CURSOS, EL CUAL INCLUYE LA FORMA DE MATRICULARSE, O DESCÁRGATELO EN: [www.logoss.net](http://www.logoss.net)**

Promoción válida desde el día 5 de enero de 2009 al día 27 de marzo de 2009 (inclusive) o fin de existencias. En todas las matriculas que no estén comprendido el pago entre estas fechas no se podrán acoger a esta promoción.

**OBSEQUIOS:**

- MATRICULÁNDOSE EN EL BLOQUE DE **VASCULAR**, RECIBIRÁS DE REGALO JUNTO CON EL MATERIAL DE LOS CURSOS: UN **MP4 DE 2 GB**
- MATRICULÁNDOSE EN EL BLOQUE DE **UCY4**, RECIBIRÁS DE REGALO JUNTO CON EL MATERIAL DE LOS CURSOS: UN **SET DE DIAGNÓSTICO**
- MATRICULÁNDOSE EN EL BLOQUE DE **CIRUGÍA MENOR**, RECIBIRÁS DE REGALO JUNTO CON EL MATERIAL DE LOS CURSOS: UN **SET DE DISECCIÓN**



**MP4 DE 2 GB**

**Especificaciones:**  
Formatos soportados: MP1, MP2, MP3, WMA, OGG, WMV, AAC y WAV. Navegador de fotografías JPEG. Salida de vídeo. Ingeniería superior. Iluminación LED. Potente sistema de auto-ahorro. Puede almacenar 40 canales (20 canales en cada uno de los dos modos) de diferentes frecuencias. Incluye de grabación (puedes seleccionar el programa que te guste). Dirige y marca los archivos del MP4 directamente a tu PC. No necesitas instalar ningún programa. Función potente de envío de frecuencia de radio (puedes disfrutar de música mientras conduces). Grabación de vídeo (puedes grabar tu voz en formato WAV o AAC en el MP4 a través de un micrófono). Puedes elegir entre de repetición o control de la repetición. Tiempo de apagado. Puedes configurar un modo Sleeping o un modo de ahorro de batería. Versa modos: escuchar música Normal, repetir una canción, repetir una carpeta, repetición aleatoria, Intro. El color del MP4 que se muestra en la fotografía es meramente para lo que puede variar dependiendo del lote. Un MP4 por alumno.



# CURSOS a distancia

## BLOQUE UCI 4

**PUESTA AL DÍA EN ENFERMERÍA SOBRE UCI**

5,2 créditos CFC - Duración 100 horas

**CUIDADOS Y ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN UCI EN PACIENTES CON PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR**

5,1 créditos CFC - Duración 100 horas

**CUIDADOS Y ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN UCI EN PACIENTES CON PATOLOGÍA RESPIRATORIA**

4,7 créditos CFC - Duración 75 horas

**CUIDADOS Y ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN UCI EN PACIENTES CON PATOLOGÍA DIGESTIVA**

4,8 créditos CFC - Duración 75 horas

**Precio conjunto de estas 4 actividades: 131 euros**  
incluye envío urgente del material



## BLOQUE VASCULAR

**VALORACIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON ISQUEMIA CRÓNICA Y AGUDA DE EXTREMIDADES**

5,9 créditos CFC - Duración 100 horas

**CUIDADO DE PACIENTES CON PATOLOGÍA ISQUÉMICA E HIPERTENSIÓN**

5,1 créditos CFC - Duración 100 horas

**CUIDADO DE PACIENTES CON ALTERACIONES ARTERIALES**

5,8 créditos CFC - Duración 100 horas

**CUIDADO DE PACIENTES CON ALTERACIONES VENOSAS Y LINFÁTICAS**

5,9 créditos CFC - Duración 100 horas

**ENFERMERÍA Y FÁRMACOS EN PATOLOGÍA ARTERIAL Y VENOSA**

5,8 créditos CFC - Duración 100 horas

**CUIDADOS ENFERMEROS PARA LA RECUPERACIÓN DE PACIENTES CON ALTERACIONES VASCULARES**

5,4 créditos CFC - Duración 100 horas

**Precio conjunto de estas 6 actividades: 142 euros**  
incluye envío urgente del material

## BLOQUE CIRUGÍA MENOR

**ACTUALIZACIÓN EN CIRUGÍA MENOR PARA ENFERMERÍA: EVIDENCIAS, CONOCIMIENTOS Y COMPETENCIAS**

5,6 créditos CFC - Duración 100 horas

**CIRUGÍA MENOR Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN TUMORACIONES, QUEMADURAS Y TRAUMATISMOS**

5,6 créditos CFC - Duración 100 horas

**ROL DE ENFERMERÍA EN CIRUGÍA MENOR ESPECÍFICA. ACTUALIZACIÓN EN TÉCNICAS DE SUTURA**

5,9 créditos CFC - Duración 100 horas

**Precio conjunto de estas 3 actividades: 100 euros**  
incluye envío urgente del material

ESTOS 3 CURSOS ESTÁN ACREDITADOS POR LA COMISIÓN DE FORMACIÓN CONTINUADA (MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO) PARA INICIATIVAS FORMATIVAS CERRANTES y cuentan con la colaboración y patrocinio de F. C. LOGOSS

ESTOS 6 CURSOS ESTÁN ACREDITADOS POR LA COMISIÓN DE FORMACIÓN CONTINUADA (MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO) PARA INICIATIVAS FORMATIVAS CERRANTES y cuentan con la colaboración y patrocinio de F. C. LOGOSS

## SET DE DIAGNÓSTICO



Molde de nylon de alta resistencia impermeable, con gomas interiores y bolitas para una mejor distribución del material. Cierre de cremallera en todo el perímetro para apertura total. Contenido: 5 manguitos de diferentes tamaños, 1 cuerpo de calibración de sístole de sangre, 1 torniquete de exploración y 1 fonendoscopio de doble campana. Medidas: 30 x 40 cm. Un set de diagnóstico por alumno.

## ESTUCHE DE DISECCIÓN DE 9 PIEZAS



### Especificaciones

- Estuche de poliéster.
- 1 alfiler en acero inoxidable.
- Pinzas de disección en acero inoxidable.
- Tijera con punta roma en acero inoxidable.
- Pinza en acero inoxidable y plástico.
- Puntera de disección de 14 cm. Sin dientes y punta roma en acero inoxidable.
- Puntera de disección de 14 cm. Con dientes en acero inoxidable.
- Puntera de disección de 10 cm. Sin dientes y punta fina en acero inoxidable.
- Mango de bisturí del nº 4 en acero inoxidable.
- Bisturí de disección en acero inoxidable.
- Un estuche de disección por alumno.



## Como es...

Todos las personas, en su vida profesional, tienen un referente sobre el cual fijan sus anhelos y perspectivas de futuro. Probablemente, Segundo González lo ha sido para alguna generación de enfermeras y enfermeros que han seguido el ejemplo de como, con la adecuada formación universitaria y de postgrado, con el esfuerzo en el trabajo cotidiano y con un punto de ambición profesional, pueden conseguirse las más altas cotas de éxito profesional, al mismo tiempo que se logra que la profesión que has escogido y jurado servir, pase a ser una de las mejor valoradas por todos los ciudadanos de este país, por encima incluso de la que obtiene la profesión médica.



## SEGUNDO GONZALEZ GARCIA

# Un estandarte para la Enfermería

¿Qué puede hacer un estudiante de Empresariales cuando se da cuenta de que lo que le atrae la profesión enfermera, en una época en que la labor de los ATS, matronas o practicantes era cosa de mujeres? Pues pelear contra los estereotipos establecidos y en el caso de Segundo González García, la solución tuvo tintes de guión cinematográfico.

A principios de los años setenta en Cantabria había dos escuelas de enfermeras, una en Valdecilla y otra en la Residencia Cantabria. Por esa época, Se-

gundo, a la sazón estudiante de Empresariales, trabó amistad con Pedro González Toca que se encontraba en su misma situación y entre los dos empezaron a presionar al doctor Segundo López Vélez, el director de la época del hospital Valdecilla, para que admitiese que Enfermería fuese una carrera mixta. "El director no estaba por la labor y nosotros nos desesperábamos", relata Segundo, "así que decidimos empezar una campaña de asedio y protesta que llegó hasta el punto de que un domingo que el Racing jugaba en el Sardinero, Pedro desplegó en

el campo una pancarta reivindicando que Enfermería fuese mixta. Aquello salió en la prensa regional pues supuso una curiosidad para la época y desató los nervios de López Vélez que al día siguiente nos llamó y nos echó una reprimenda de órdago. Pero conseguimos que atendiese nuestra petición y junto con Ignacio Echezarreta, un andaluz que también pretendía ser 'enfermera', fuimos los tres primeros hombres en entrar en la Escuela de Enfermeras de la Casa Salud Valdecilla. Pedro fue el primer hombre en obtener el título de Enfermería y la situa-





parecida fábrica de La Marga para sacarles adelante, en una época en la que no existían ayudas sociales. Primero estudió en los Salesianos, para continuar después en el Instituto Pereda de la calle General Dávila e iniciar, una vez obtenido el bachillerato y el 'preu', sus estudios de Empresariales, que abandona tras opositar a una plaza de administrativo en el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, donde ingresa en 1971, lo que le permite iniciar su vida laboral y casarse al poco tiempo con María Jesús.

Su trabajo le acerca a las enfermedades y accidentes laborales y se le mete el gusanillo de la enfermería. Es en esa época cuando organiza una comisión para conseguir entrar en la escuela de Enfermeras donde es admitido en 1976. Inicia los estudios pero no puede dejar su trabajo, pues nace su primer hijo y las obligaciones familiares le obligan. Pero eso no es óbice para una persona que toda su vida a estado marcada por la necesidad de ir abriéndose camino, y negoció con su jefe –por entonces el director del Instituto era Alberto Cuartas, quien fuera Delegado del Gobierno en Cantabria durante los mandatos de José María Aznar– para poder estudiar por la mañana y trabajar por la tarde y con las supervisoras de cada servicio del hospital para hacer las prácticas los sábados y domingos.

En 1979 obtiene su diploma y, tras un breve tiempo en los Corrales de Buelna, obtiene plaza en el Servicio de Urgencias de Castro Urdiales. “Era una época en donde las condiciones de trabajo y los medios eran muy precarios, hasta el punto de que en la cocina del dispensario había una cama donde se dormía durante las jornadas de guardia”, recuerda Se-

ción fue tan extraordinaria que en su título pone ‘Doña Pedro González Toca’ pues en la escuela no existían diplomas con el Don”.

Sin embargo, las cosas nunca fueron

fáciles para Segundo González. El fallecimiento prematuro de su padre, cuando el tenía cuatro años y su hermana dieciséis meses, provocó el que su madre tuviese que trabajar muy duro en la desa-



**Armarios**  
Puertas plegables,  
abatibles, correderas



**Muebles de cocina y baño**  
SANTANDER  
Fernando de los Rios, 45 Tel. 942 218 951  
MURIEDAS  
Avda. de Bilbao, 40 Tel. 942 262 791

[www.lmor.es](http://www.lmor.es)

**SANTANDER**  
Fernando de los Rios, 54  
Tel. 942 050 056  
**MURIEDAS**  
Avda. de Bilbao, 40  
Tel. 942 262 791  
**TORRELAVEGA**  
Avda. de Palencia, 8  
Tel. 942 081 020

**Revestimiento de interiores**  
5 años de garantía. Financiación  
hasta 12 meses sin intereses

**Convenio especial con el Colegio de Enfermería de Cantabria que ofrece descuentos de hasta un 23% en muebles de cocina y armarios empotrados**





José Luis Bilbao, director de Valdecilla, y Asun González, hacen entrega de la distinción como Colegiado de Honor a Segundo González.

gundo, y continúa señalando las dificultades que les suponían las malas comunicaciones que existían en la época, pues el hospital más cercano era el de Cruces en Bilbao “que en las mejores condiciones y a una hora en que no hubiese atasco, tardábamos 50 minutos en hacer los veinte kilómetros que nos separaban. Viajar a Santander era como hacer una excursión”.

En ese destino tiene que enfrentarse a múltiples actuaciones sanitarias de elevada gravedad, sobre todo por el elevado número de accidentes de tráfico y laborales que se producían en la zona, lo que le permitieron forjarse una elevada cualificación profesional.

Sin embargo, su interés por acercarse a Santander, le lleva a solicitar el traslado y obtiene plaza en el Servicio de Urgencia de Astillero donde ha ejercido hasta su jubilación.

Pero Segundo es hombre de culo inquieto y terriblemente emprendedor. Si a eso se le añade que entonces el salario profesional no era “para tirar cohetes”, se entiende

## Medalla al mérito profesional

El Colegio de Enfermería acaba de conceder su máxima distinción a quien ha sido uno de los máximos impulsores de la profesión en la región y en España. Desde su cargo de presidente del Colegio y también como vicepresidente del Consejo General, consiguió impulsar el concepto de carrera profesional y asentar el nombre de Enfermería como una ciencia dedicada al cuidado de la salud del ser humano, incluyéndola como una disciplina más dentro de las Ciencias de la Salud.

El galardón le fue concedido por el jurado tras la solicitud hecha por diez colegiados que presentaron los méritos para un premio que hasta entonces solo poseían Sor Clara y el podólogo José Manuel Balbás y que le fue entregado durante la celebración del Día Internacional de la Enfermería, ante muchos compañe-

ros colegiales que pudieron reconocer la labor de quien fuera su presidente colegial.

Tanto durante el acto como en la entrevista, Segundo ha transmitido su agradecimiento a su mujer, María Jesús, y a sus tres hijos a los que, según explica, “les robé su tiempo para dedicárselo a la profesión”. También tiene un recuerdo cariñoso para su madre “por traerle al mundo” y a Sebío ‘el de Cabuérniga’, quien “a la pronta muerte de mi padre, me formó y cuidó con todo su cariño”.

Por otro lado, su reconocimiento también se extiende a Pedro González Toca como “compañero, asesor y socio en todas las iniciativas que puse en marcha”, a Manuel Martínez de Cos y José Manuel Echavarrí, compañeros médico y enfermero en el Servicio de Urgencias del Astillero y a Manuel Mazo, asesor fiscal del Colegio.

que enseguida empezase a diversificar su trabajo, compatibilizando su profesión con la de ATS en la empresa Equipos Nucleares de Maliaño, donde ejerció durante veinte años, y la puesta en marcha de la que fue la primera empresa de servicios sanitarios de la región.

### Empresario de un pequeño holding

Si acabar la carrera, puso en marcha el Consultorio de ATS-Practicantes en el popular barrio de Castilla-Hermida pues, junto a

José Francisco García Aja y Pedro González, analizaron la precaria asistencia sanitaria que existía en la zona y pensaron que crear este servicio podía ser un buen negocio. “La atención sanitaria y el cuidado de enfermos lo realizaban unas monjitas que había en el Barrio Pesquero que ha-





Segundo disfruta de su bien merecida jubilación en su casa de San Román de la Llanilla. El mayor hándicap con el que se ha encontrado es asumir su nueva situación después de una vida laboral tan intensa como la que ha vivido.

cían lo que podían, con más empeño que medios. “Nosotros las ayudábamos y cubríamos las necesidades de la gente a unos precios muy bajos, pues en esa época cobrábamos cincuenta pesetas por poner una inyección. Atendíamos en las instalaciones del consultorio, pero también acudíamos a los domicilios, algo muy novedoso hace treinta años y que nos granjeó enseguida la simpatía de la gente hasta el punto de que la empresa sigue funcionando en la actualidad y cuenta con veinte profesionales de enfermería” enfatiza Segundo González.

Posteriormente, creó la empresa Proser, dedicada a la construcción y reparación de inmuebles y, cuando observó que las empresas optaban por reducir sus plantillas de trabajadores y subcontratar mano de obra externa cuando se les producían puntas de trabajo, puso en marcha Gesper, la única empresa de trabajo temporal totalmente cántabra.

### Se presenta a presidente del Colegio en 1984

Quando inició su vida profesional se encontró con que existía una gran dispersión entre las distintas especialidades hasta el punto de que, como el propio Segundo recuerda, “unos eran ATS, otros practicantes, otras matronas. Parecían profesiones diferentes y por eso me planteé que deberíamos unificar nuestra denominación profesional. Por eso me presenté a las elecciones en 1984 con el fin de unificar nuestra profesión como Enfermería y que se nos definiese como enfermeros o enfermeras”.

Accedió a la presidencia del Colegio cuando la candidatura en la que se integraba consiguió casi el 90% de los votos y se encontró una institución anodina –la sede colegial acababa de trasladarse desde la calle de Isabel La

### “Conseguimos unificar nuestra profesión y que se nos definiese como enfermeros o enfermeras”

Católica a la actual calle Cervantes– donde se ofrecían muy pocos servicios a los colegiados. “La situación era decepcionante, pues el colectivo no tenía ningún tipo de pujanza a nivel social. No nos recibían en ninguna parte. Decías que eras el presidente del Colegio de Enfermería y preguntaban que de que se trataba pues no sabían ni que era la Enfermería”.

Los colegiados pagaban cerca de 400 pesetas de cuota y con ello no daba ni para regularizar el trabajo de los administrativos. Una de las primeras decisiones que tuvo que tomar la Junta de Gobierno fue subirlas sustancialmen-

te hasta llegar a 1.000 pesetas en 1990. “Pero no hubo protestas” señala Segundo González, “pues nada más llegar empezamos a ofrecer servicios adicionales que todos los compañeros supieron valorar. Comenzamos a modernizar el funcionamiento, consolidando los puestos de trabajo del personal e implantamos la formación regulada de postgrado impartida desde el propio colegio. También creamos la asesoría fiscal para tramitar todo tipo de declaraciones con Hacienda o cualquier otro organismo”.

El Colegio como entidad empezó a tener consistencia y se potenciaron las actividades lúdicas, culturales e institucionales. Se comenzaron a organizar concursos infantiles de dibujo, pintura o manualidades para los hijos de los colegiados y se creó la Revista de Enfermería de Cantabria para transmitir la actividad de la institución a todos los colegiados y la sociedad en general. “El primer número de

## Como es...

la revista fue un espectáculo”, comenta Segundo, “pues nos juntamos en mi casa de Cabuérniga varios miembros de la Junta de Gobierno, Santi (el administrativo del Colegio) y su mujer, el cura del pueblo y mi buen amigo Sebío. Colocamos los montones con la decena de páginas diferentes que componían cada ejemplar y, dando vueltas a la mesa como si de una procesión se tratase, íbamos componiendo cada revista y grapándola. ¡Parecía una noria! pues cada uno dio más de doscientas vueltas a la mesa”.

### En busca de la formación de postgrado

Segundo González, consciente de que la profesión tenía la necesidad de mejorar su formación teórica y práctica, impulsó en 1985 las negociaciones con la Escuela Nacional de Sanidad y con el Instituto de Salud Carlos III, para organizar cursos de Salud Pública y Diplomado en Sanidad que, hasta entonces, solo eran accesible para médicos, farmacéuticos y veterinarios. Posteriormente, Consiguió que el Insalud realizase en Cantabria el curso de Enfermería de Empresa y el de Gestión Directiva Hospitalaria en colaboración con la Universidad de Cantabria. “Una parte importante de los directivos de la Sanidad pública regional provienen de aquel curso de para directivos de hospital” comenta Segundo.

Toda este trabajo como presidente del Colegio en Cantabria siempre fue realizado de forma altruista, así como también el desarrollado desde su cargo de vicepresidente segundo del Consejo General de Enfermería de España, desde donde impulsó las negociaciones con el Insalud para que los presidentes de los colegios de Enfermería, que también realizaban una importante labor en defensa de los intereses profesionales de un amplio colectivo, pudiesen dedicarse a tiempo total a la ges-



La asistencia a las sesiones de rehabilitación, mantenerse informado a través del ordenador y la convivencia con su familia, son las actividades en las que entretiene su tiempo Segundo González, mientras se recupera de su enfermedad.

tión colegial, al igual que lo hacen los sindicalistas con los derechos laborales.

Todavía hoy, Segundo sigue resaltando la importancia de la formación continua y del reciclaje que necesitan los profesionales de Enfermería. Para él, “uno de mis principales objetivos siempre ha sido mejorar mi capacitación profesional y por eso siempre impulsé que el Colegio pudiese aportar esta formación a los colegiados”. Tras haberse diplomado en Enfermería, realizó la especialización en Radiología y Electrología y obtuvo el título de Dirección de Hospitales y Dirección de Enfermería, además del Máster Universitario en Dirección y Gestión de Centros y Servicios Sanitarios y en Prevención y Control de Riesgos Ambientales y Laborales. Además, ha seguido multitud de cursos de formación en diferentes áreas de la seguridad, prevención y medicina del trabajo, de la cual es un especialista, y de otras materias referidas a la administración, gestión y educación sanitaria en Enfermería, llegando a ser profesor colaborador de la asignatura Administración Sanitaria de la Escuela Nacional de Sanidad.

### Pasado, presente y futuro de la profesión enfermera

Sería un error terminar esta entrevista a quien ha vivido tan intensamente estos treinta años de la Enfermería en Cantabria y en España, sin preguntarle por su percepción de la profesión y la respuesta fue clara y concisa. Para Segundo “las cosas van clarificándose, pero no se terminan de concretar. Todo va muy despacio” y se explica señalando que en 1983, cuando fue elegido presidente del Colegio, ya se hablaba de la carrera profesional, de especialidades, de capacidades profesionales y del intrusismo profesional y “veinticinco años después, todavía seguimos hablando de lo mismo” remarca.



# GABINETE de ENFERMERIA ESTETICA



## FOTODEPILACION

(10% de descuento para  
personal sanitario)

- Microdermoabrasión
- Drenaje Linfático



### SANTANDER

Zoco Gran Santander, local 120  
Peñacastillo  
Tel. 942 079 777

### TORRELAVEGA

Galería Pereda, planta baja  
c/ José María Pereda  
Tel. 942 081 909

**AUTORES:**

Rebeca Abajas Bustillo,  
Luis Mariano López López,  
M<sup>a</sup> Jesús Durá Ros,  
Elías Rodríguez Martín,  
Felicitas Merino de la Hoz,  
Silvia González Gómez,  
Inmaculada de la Horra Gutiérrez  
y Beatriz Fernández Ramos

Los deportes de montaña en los últimos años, han experimentado un crecimiento importante en nuestro país, provocando numerosos accidentes. El rescate se viene realizando por grupos de socorro de múltiples procedencias y con distintas situaciones en cuanto a la medicalización.

En urgencias y emergencias extrahospitalarias, hace tiempo que se abandonó la idea de trasladar al herido hasta el puesto de atención sanitaria, sustituyéndola por la idea de la atención sanitaria *in situ*. Idea, que no se ha llevado a cabo en las mismas condiciones en las distintas Comunidades Autónomas, máxime, en el entorno concreto de los accidentes en montaña. En éste ámbito, la asistencia sanitaria *in situ*, conlleva que el equipo sanitario tenga que acceder a un medio hostil, inhóspito y en muchas ocasiones, de difícil acceso, para lo que es necesaria una buena preparación técnica, física y psíquica, que permita al equipo sanitario, integrarse dentro de los equipos de rescate.



**MEDICALIZACIÓN DE LOS ACCIDENTES  
DE MONTAÑA EN LA COMUNIDAD  
AUTÓNOMA DE CANTABRIA:  
ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA  
7º PREMIO DE INVESTIGACIÓN EN  
ENFERMERÍA "SOR CLARA"

**1º PREMIO VII EDICIÓN DEL PREMIO 'SOR CLARA'  
DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERIA**

**Medicalización de los  
accidentes de montaña  
en la Comunidad  
Autónoma de Cantabria:  
Análisis de la  
situación actual**



**PALABRAS CLAVE**

- Búsqueda y rescate
- Montaña
- Tratamiento de urgencia
- Atención de emergencias

**OBJETIVO**

El objetivo principal de este estudio es determinar la situación actual de la medicalización del rescate en montaña en la Comunidad Autónoma de Cantabria.

**METODO**

El tipo de investigación será un estudio ecológico, en el que se pretende estudiar todos los rescates en montaña que se hayan realizado en Cantabria, en los últimos 5 años.

Los métodos de recogida de la información serán a partir de datos oficiales provenientes de fuentes secundarias.

**KEY WORDS**

- Search and rescue
- Mountain
- Emergency Treatment
- Emergency Watch.

**ABSTRACT:**

**Introduction:** In the last years mountain sports have suffered an important growth in our country causing many accidents. Rescue has been provided for first aid teams coming up from multiple origins and with different medical skills, resources and equipment

In emergency departments and prehospital medicalized care the idea of moving patients from accident scenario to medical assistance ("scoop and run") has been forgotten and replaced for an "in situ" attention. This idea has not been carried out in the same conditions between different autonomous regions, the more in the specific field of mountain accidents. In this field "in situ" sanitary assistance means that the sanitary (rescue) team has to work in a hostile, inhospitable environment and many times with a very difficult approach. A very good technical, physical and psychological training is needed for this kind of work in order to allow a perfect integration of the sanitary team (staff) inside mountain rescue teams.

**Objective:** The main objective of this study is to determine the present situation of the medicalization in mountain rescue teams from Cantabria.

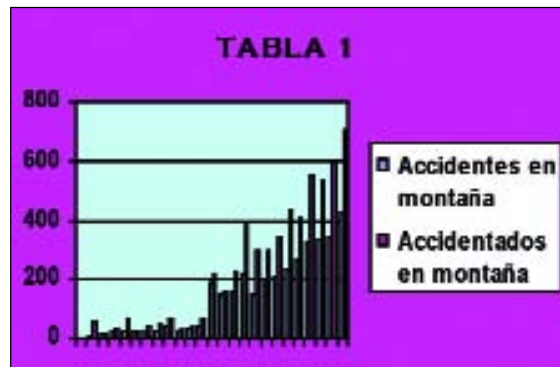
**Method:** The kind of investigation will be an ecological research (survey). We expect to study all the mountain rescues that took place over the last 5 years in Cantabria.

Information retrieval will be from official data coming up from secondary sources.

**ANTECEDENTES, ESTADO ACTUAL Y MARCO CONCEPTUAL**

Los cambios sociales y económicos acontecidos en Europa desde la segunda Guerra Mundial hasta hoy día nos han llevado a existir en una sociedad con mayor tiempo libre para las personas que la formamos. Los medios de comuni-

los años 1969 y 1993, la accidentabilidad en montaña ha tenido una progresión espectacular (Tabla 1). En el año 1969, estos servicios rescataron tan sólo a un herido que sufrió un accidente en montaña. Ya en 1973 se produjeron 24 accidentes con un total de 60 heridos. Inicialmente, las bajas cifras son fruto del desconocimiento por parte de la población de estos servicios de rescate que comenzaban su andadura por un lado y, por otro, por la acción de grupos voluntarios o montañeros que tradicionalmente eran los encargados del socorro de los accidentados en montaña. Cuando estos servicios comenzaron su andadura, la población, en parte por desconocimiento y en parte por el prejuicio de la población hacia el cuerpo de la Guardia Civil, continuaban acudiendo a aquellas personas que tradicionalmente habían asumido las tareas de socorro de los accidentados.



cación han difundido y popularizado los llamados "deportes de aventura" o "actividades físicas en el medio natural".

La montaña, tanto en su superficie como en su interior, no es sólo un mundo atractivo por su belleza o por el reto que supone la inaccesibilidad de prestigiosas cimas y cavidades, sino que también constituye un lugar inhóspito para el ser humano<sup>2</sup>.

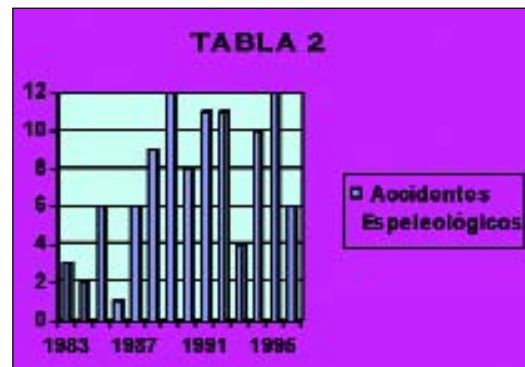
Hablamos de un ambiente hostil en el que existen multitud de peligros de los que, por desgracia, no todas las personas que acuden a la montaña son conscientes. El terreno escarpado e inestable, el viento, la niebla, el frío, la radiación solar, la lluvia, la nieve, la altitud,... son factores de riesgo vinculados al medio que pueden poner a estas personas en situaciones que comprometan seriamente su integridad física. Aspectos como la masificación, desconocimiento del medio, desconocimiento de las técnicas de progresión, el exceso de confianza por tener un nivel deportivo mínimo, constituyen factores de riesgo vinculados al individuo y a la propia actividad, que en ocasiones llevan a que se produzcan accidentes, algunos de los cuales requieren ayuda de los grupos profesionales de rescate<sup>3</sup>.

Un elemento a tener es cuenta es que para cualquier persona, son de muy fácil acceso zonas que podemos catalogar de alta montaña<sup>1</sup>.

Según datos de las Unidades de Rescate e Intervención en Montaña (UREIM) de la Guardia Civil, que realizó el 85% de todos los rescates a nivel nacional entre

En 1983, la cifra asciende hasta 159 accidentes con 226 heridos y en 1993 se producen 424 accidentes con 703 heridos<sup>5</sup>. J.R. Morandera en su artículo "De demonios a ángeles" cuenta cómo estos servicios llegaron a convertirse en auténticos "ángeles de la guarda" para los montañeros en todo el territorio español.

A nivel espeleológico, aunque el número de rescates producidos es menor debido a que es un deporte con menor número de practicantes que el resto de deportes de montaña agrupados, las cifras también han sufrido una evolución ascendente. Entre 1983 y 1991 se produjeron en España un total de 58 accidentes que necesitaron de la participación de algún grupo de espeleosocorro<sup>6</sup> y entre 1992 y 1996, se produjeron un total de 43 accidentes<sup>7</sup>. (Tabla 2)



Estamos hablando de un problema de salud pública. Las administraciones públicas han decidido actuar debido al impacto social y económico que estos accidentes conllevan y algunas de ellas contemplan ya la medicalización del rescate con el objetivo de paliar, en la medida de lo posible,

las secuelas de los accidentes, gracias a la rápida intervención de los servicios médicos en el lugar del accidente<sup>8</sup>.

Las especiales circunstancias de aislamiento, clima adverso, y condiciones del terreno para el abordaje al paciente, en las que se debe prestarse asistencia sanitaria a los accidentados en montaña, exige un importante esfuerzo logístico y de planificación, en el que es fundamental contar con especialistas en el tema. Entre ellos los sanitarios: médicos y enfermeros<sup>4,9</sup>.

En urgencias y emergencias hospitalarias hace tiempo que se abandonó la idea de llevar al accidentado al centro médico por otra mentalidad que ha demostrado ser más beneficiosa para el paciente y la sociedad: la de llevar la asistencia sanitaria hasta el accidentado. Esta actitud, ha demostrado que disminuye las lesiones, la mortalidad y la morbilidad de los accidentados, lo cual redundará en una disminución del gasto sanitario y social<sup>9</sup>.

Según J. Morandeira en su estudio sobre *“Los accidentes de montaña como problema de Salud Pública”*, la medicalización del rescate en montaña es necesaria por varios motivos:

- Permite la asistencia médica urgente sobre el terreno, abandonando la antigua mentalidad de llevar al accidentado al médico por la de la asistencia in situ.
- Permite también la evaluación inmediata del accidentado, poniendo a su disposición los medios adecuados y precisos para su evacuación en relación a la gravedad de sus lesiones.
- Sólo el 20% de los accidentados se rescatan, pero el 100% requiere prestaciones sanitarias.
- Disponer de prestaciones más eficientes, permite obtener mejores resultados para los usuarios.
- Permite mejorar la planificación de aspectos preventivos.

Otros autores<sup>10</sup> también justifican la necesidad de la medicalización de los servicios de rescate en montaña y llegan a las siguientes conclusiones:

- Una evacuación rápida y una asistencia sanitaria *in situ* durante el traslado son claves para una resolución favorable.
- La masificación del montañismo y el turismo rural, y la existencia de pequeños núcleos de población aislada hacen necesaria una red sanitaria lo suficientemente preparada y rápida que pueda ofrecer un buen servicio sanitario en zonas de difícil acceso o lejanas a un centro sanitario.

- Se debe desechar el concepto de la atención médica del accidentado en montaña sin medios capaces de aportar medidas de soporte vital avanzado.
- El trabajo en equipos multidisciplinarios es fundamental para optimizar el resultado de la asistencia prestada.

Según Pietro Bassi *“La asistencia médica urgente en montaña es el máximo exponente de la prestación sanitaria en condiciones de extrema periferia”*.

Las características especiales del entorno de la montaña, hace necesario definir y describir el perfil personal y profesional de los sanitarios dedicados a la medicina de montaña<sup>11</sup>.

El entrenamiento de los sanitarios hay que efectuarlo en varios aspectos: técnico, físico y psicológico. El aspecto físico debe consistir en salidas a la montaña con los



rescatadores o bien ejercicios simulados conjuntamente con ellos para mejorar la coordinación y atención a los accidentados. El personal sanitario, debe tener aptitudes tanto para rescates en helicóptero como sobre el terreno ya que el 10% de los rescates se efectúan por tierra en condiciones climatológicas adversas o de noche<sup>12</sup>.

En cuanto a las técnicas de rescate, el personal sanitario deberá conocer las maniobras específicas para cada situación, con el objetivo de poder ser autónomo e independiente en las técnicas de progresión hasta el accidentado, así como en su evacuación.

Tan importante como la preparación física, es la preparación psicológica. La particularidad de la montaña, hace que haya una serie de factores como por ejemplo, la incertidumbre de la situación de los accidentados, las condiciones climatológicas adversas, la percepción de peligro o la dificultad en el rescate, que ponen a prueba las capacidades no sólo físicas, sino también psicológicas de los miembros del

equipo. Las condiciones pueden llegar a ser extremas y es importante que todos los miembros del equipo sean capaces de mantener la tranquilidad y una actitud de trabajo en equipo, recordando que “una cadena es tan fuerte como el más débil de sus eslabones”.

Una vez que la víctima es localizada y se accede a ella, comienza la fase de estabilización. La primera cuestión será obtener una visión global de la escena para evaluar riesgos potenciales. Esta actitud es esencial para disminuir la posibilidad de lesiones, tanto de la víctima como del equipo de rescate, por la exposición a los elementos y peligros potenciales como el desprendimiento de rocas o avalanchas. Estos factores pueden dictar la necesidad de mover inmediatamente al paciente con una intervención médica mínima hasta encontrarse en un lugar seguro. La utilización del protocolo “ABCD” del paciente grave<sup>13,14</sup>, tiene en este medio hostil la adición de la letra ‘E’ para factores ambientales como altitud, terreno, climatología, etc. El tratamiento de estos pacientes incluye<sup>15</sup>:

- Estabilización de la vía aérea sopesando las necesidades del paciente, las dificultades de la situación y las alternativas disponibles. Aunque la intubación orotraqueal es el método de elección para el aislamiento de la vía aérea, en un rescate en montaña habrá que sopesar si después se puede proporcionar ventilación adecuada durante todo el rescate y la evacuación. Habrá que valorar la utilización de dispositivos orofaríngeos.
- Administración de oxígeno.

- Detección y tratamiento de lesiones vitales como el neumotórax a tensión.
- Canalización de una o dos vías venosas con la infusión de líquidos, especialmente en aquellos pacientes que previamente estaban deshidratados (situación bastante frecuente en este tipo de medios) o aquellos que presentan lesiones traumáticas subsidiarias de producir una situación de SHOCK hipovolémico.
- Control de hemorragias
- Habrá que prestar especial cuidado a la pérdida de calor y se deberá calentar al paciente mediante bolsas de calor y proteger los sistemas de suero del frío. En rescates prolongados pueden ser necesarios hasta 6-8 litros de líquidos intravenosos.
- Valorar la colocación de sondaje vesical.
- Deberá realizarse también, un adecuado manejo de la columna vertebral y de las fracturas, tanto de huesos largos como de pelvis.
- Control del dolor.



Otras funciones del personal sanitario en el rescate serán:

- Interrogar a los testigos.
- Reconfortar y mejorar el acondicionamiento del accidentado.
- Dirigir la movilización del herido.
- Acondicionar al paciente para su evacuación.
- Vigilancia del herido.
- Orientar sobre las instalaciones sanitarias que le sean más apropiadas.
- Efecto psicológico tranquilizador tanto para el paciente como para los miembros del equipo de rescate.

Actualmente, la presencia y actuación de personal sanitario en los equipos de socorro en la montaña están plenamente justificadas. Estudios recientes han demostrado que un tratamiento precoz sobre el terreno permite, a menudo, evitar la aparición de complicaciones en muchas ocasiones irreversibles y disminuir la duración de la hospitalización. De esta forma se disminuye también el costo, en general, de la sanidad<sup>12</sup>.

España el segundo país más montañoso de Europa<sup>4</sup>, y un referente espeleológico a nivel mundial. Según datos de la Federación Española de Espeleología, sólo en España, se localizan el 15% de los sistemas subterráneos con más de 50.000 metros de desarrollo<sup>18</sup> y cerca del 21% de las simas con una profundidad superior a 1000 metros a nivel mundial<sup>19</sup>.

Pese a estos datos, la medicalización profesional de los servicios de rescate en montaña y de los grupos de espeleosocorro, es una asignatura pendiente en muchas de las Comunidades Autónomas de nuestro país.

Los datos en Europa dicen que el 63,2% de los helicópteros de rescate disponen de un médico de familia a bordo, el 17,8% disponen de paramédico y el 19% no tiene personal sanitario entrenado a bordo<sup>20</sup>.

Existen diversos modelos de socorro<sup>16</sup>:

- Voluntario y público, como el antiguamente denominado bloque de los países comunistas.
- Voluntario y privado, como en Italia.
- Profesional y privado, como en Suiza y Austria.
- Profesional y público, como en Francia.

Incluso dentro de un mismo país nos podemos encontrar con distintos sistemas dentro de un mismo modelo, como en el caso de Suiza<sup>21</sup>, en el que hay dos sistemas:

- Sistema REGA (Guardia Aérea Suiza de Salvamento) como empresa privada con médicos integrados en el equipo de rescate que cubre los alpes Sui-

zos (a excepción del cantón de Valais).

- Sistema del GRIMM (Grupo de intervención médica en montaña) de Valais: asociación libre de médicos alpinistas.

En España, es en 1967 cuando la Guardia Civil crea los primeros grupos de rescate en montaña, los denominados "Grupos de Esquiadores y Escaladores", que se crean gracias a la insistencia de las distintas Federaciones de Montaña y en respuesta a los problemas que los accidentes causaban.

A partir de este momento comienza una evolución espectacular, constituyéndose las UREIM (Unidades Rurales Especiales de Intervención en Montaña) con diversas siglas según su tamaño: SEREIM (secciones), GREIM (grupos), EREIM (equipos), que poco a poco se iri-



an extendiendo por toda España. En 1992, se organiza por primera y única vez el Congreso de la CISA-ISKAR (Comisión Internacional de Socorro Alpino) tras haberse reconocido públicamente que los grupos de Rescate en Montaña de la Guardia Civil, por su organización, nivel de formación y eficiencia, podían contarse entre los cuatro mejores del mundo.

Paralelamente, aunque por vías más lentas, comienza a desarrollarse en España la medicina de montaña. Es en 1987, después de muchos esfuerzos, cuando se crea la SEMAM (Sociedad Española de Medicina y Auxilio en Montaña) para dar cabida a todos aquellos interesados en la problemática de los accidentes y la medicina de montaña. A partir de aquí, comienza un periodo de gran actividad investigadora.

Actualmente, la medicalización de los grupos de rescate en montaña no se ha producido de igual manera en todo el territorio nacional.

En algunas Comunidades Autónomas,

hace tiempo que se instauró el sistema profesional y público de medicalización del rescate con presencia de médico y enfermera en los equipos, como es el caso de Navarra, Comunidad de Madrid, Aragón, etc... produciéndose, en esta última comunidad, la curiosa situación, en algunas ocasiones, de que la medicalización del rescate corre a cargo sólo de personal enfermero.

En otras Comunidades, la medicalización del rescate responde al modelo profesional y privado, como es el caso de Asturias.

La situación actual en Cantabria es bien distinta. La medicalización del rescate en montaña no responde a ningún modelo descrito. Consiste en un modelo privado y no profesionalizado. Actualmente, el Gobierno de Cantabria tiene contratados los servicios de una empresa privada para medicalizar el helicóptero en caso necesario. La medicalización consiste sólo en personal médico, al que no se le exige ningún conocimiento ni habilidad sobre rescate en montaña. Además hay que decir también, que el actual helicóptero del Gobierno de Cantabria, si bien tiene características que le hacen muy bueno en otro tipo de rescates, en montaña tiene una serie de limitaciones que, en no pocas ocasiones, imposibilita su uso con esta finalidad. Ante la habitual inoperatividad de este sistema, frecuentemente, el rescate en montaña es realizado por los servicios de Rescate en Montaña de la Guardia Civil (GREIM) sin presencia de personal sanitario o bien, el rescate es

derivado a servicios de Comunidades Autónomas vecinas. A nivel espeleológico, la situación es todavía peor, ya que la medicalización del rescate depende de voluntarios que en el momento de producirse un accidente, pueden estar disponibles o no.

En Cantabria se encuentra parte del Parque Nacional de Los Picos de Europa, zona muy frecuentada por alpinistas, escaladores, esquiadores, montañeros, espeleólogos y demás amantes de los deportes de aventura, además de los miles de turistas que se acercan a dar un paseo por nuestras montañas, como demuestran los 271.000 pasajeros del teleférico de Fuente Dé del año 2007 o los 303.425 del año 2006 (Año Jubileo Lebaniego) según datos de Cantur, empresa encargada de la explotación de este servicio.

El parque Nacional de los Picos de Europa se encuentra a caballo entre tres Comunidades Autónomas: Asturias, Cantabria y Castilla-León. Incluso hay montañas concretas que se encuentran en zonas limítrofes. La elección de la ruta por la que se accederá a la cima, puede ser decisiva

en caso de accidente. Dependiendo de la Comunidad en la que nos encontremos, los servicios de rescate que acudan en nuestro auxilio dispondrán de personal sanitario o no.

A nivel espeleológico, Cantabria y el Parque Nacional de los Picos de Europa, son un referente mundial con un elevado porcentaje de las simas más profundas (más de 1.000 metros de profundidad) y de las cavidades con mayor desarrollo horizontal (más de 50 kilómetros).

Según datos oficiales del Catálogo de Sistemas Subterráneos y Simas de la Federación Española de Espeleología, en España tenemos el 20,7% de las simas de más de 1.000 metros de profundidad a nivel mundial. Y de éstas, el 67% se encuentran en las comunidades de Asturias, Cantabria y Castilla y León, es decir que sólo en Cantabria y el territorio que abarca el Parque Nacional de Picos de Europa se encuentran el 13,8% a nivel mundial. (Gráficos 1 y 2)

En cuanto a los sistemas de más de 50 Km a nivel mundial, el 14,5% se en-



cuentran en España. Y de éstos, el 75% están en estas tres comunidades autónomas, lo que supone el 10,9% a nivel mundial. (Gráficos 3 y 4)

Aunque políticamente parezca que el problema de la medicalización del resca-



## BIBLIOGRAFIA

- Bada J. y Fuster J.: *Estudio comparativo de los modelos de análisis utilizados por algunos de los grupos de rescate de montaña del estado español*. En *Progresos en Medicina de Montaña*. Ed. Universidad Politécnica de Valencia. 2004.
- Botella J.: *Mal de Altura*. Prevención y Tratamiento. Ed. Desnivel. 2002.
- Nerín M<sup>o</sup> A., Armedáriz J.J., Puiguiriguer J., Navarro R. y Hostench G.: *Urgencias y actividad física en el medio natural*. En *Progresos en Medicina de Montaña*. Universidad Politécnica Valencia. 2004
- Morandeira J. R.: *La especialización en Medicina de Urgencia en Montaña en España (Situación actual, necesidades, justificación, condicionantes legales, objetivos, planteamiento, metodología y contenidos)*. En *Manual Básico de Medicina de Montaña*. Ed. Prames. 1<sup>a</sup> ed. 1996.(1): 38-50
- Avellanas M.L.: *Los accidentes de montaña en España (Análisis de la situación actual, sobre un estudio epidemiológico de los años 1969-1995)*. En *Manual Básico de Medicina de Montaña*. Ed. Prames. 1<sup>a</sup> ed. 1996.(251-259):
- Perez P.: *Análisis de los accidentes espeleológicos en España en los últimos 9 años*. Actas de VI Congreso Español de Espeleología.1992:109-202.
- Perez P.: *Análisis de los accidentes espeleológicos en España en 1992-1996*. Actas de VII Congreso Español de Espeleología.1997: 101-104.
- Morandeira J. R.: *Accidentes de montaña: ¿Un problema de salud pública?* En *Manual Básico de Medicina de Montaña*. Ed. Prames. 1<sup>a</sup> ed. 1996 (15-23).
- Vela P., Bernues G., Vázquez M., Sanvicente J. L. y Morandeira J. R.: *Medicalización del socorro en montaña. El modelo Aragonés*. En *Progresos en Medicina de Montaña*. Ed. Universidad Politécnica de Valencia. 2004
- Soteras I., Capella E., Bernabé M., Arruebo G., Fácil J. M. y Montañés M.: *Del socorro al socorro medicalizado en España*. Ed. Universidad Politécnica de Valencia. 2004.
- Peters P.: *Personal and professional profile of mountain medicine physicians*. *Wilderness Environ Med*. 2003; 14 (3): 155-160.
- Theas J. M.: *La medicalización del auxilio en la montaña en los Hautes- Pyrenes*. *Medicina de Montaña*: 102-107. Barcelona 1989.
- Quesada A. y Rabanal J. M.: *Actualización en el manejo del trauma grave*. Madrid Ed. Ergón 2006.
- Hernando A., Rodríguez M. y Sánchez-Izquierdo J. A.: *Soporte Vital Avanzado en Trauma*. Barcelona Ed. Masson 2000.
- Jonson L.: *An introduction to mountain search and rescue* *Emerg Med Clin N Am*. 2004 (22): 511-524.
- Morandeira J. R.: *El rescate y asistencia médica urgente a los accidentados en montaña en España: antecedentes y estado actual*. En *Manual básico de rescate en montaña*. Ed. Prames, 1997.
- Cuadro Técnico de la Guardia Civil: *Organización del servicio de montaña de la Guardia Civil. Evolución, desarrollo y estado actual de los grupos de rescate en montaña de la Guardia Civil*. En *Manual básico de rescate en montaña*. Ed. Prames, 1997.
- Federación Española de Espeleología: *Las cuevas mundiales de más de 50.000 m*. [http://www.fedespeleo.com/web/paginas/Cavidades/cuevas\\_mundiales.htm](http://www.fedespeleo.com/web/paginas/Cavidades/cuevas_mundiales.htm).
- Federación Española de Espeleología. *El club de los -1000 m*. [http://www.fedespeleo.com/web/paginas/Cavidades/simas\\_mundiales.htm](http://www.fedespeleo.com/web/paginas/Cavidades/simas_mundiales.htm).
- Brugger H., Elsensohn F., Syme D., Sumann G. y Falk M.: *A survey of emergency medical services in mountain areas of Europe and North America: oficial recommendations of the Interna - cional Comisión for Mountain Emergency Medicine*. *High Altitude Medicine*. 2005; 6(3): 226-237.
- Wiget U.: *La medicalización del socorro en montaña. Los dos sistemas de Suiza*. *Arch Med Deporte* 1993. Vol. X. ( 39): 337-339.
- Rifa A. y Vidal M.: *Estudio sobre 85 casos de atención medicalizada en rescates de montaña*. *Arch Med Deporte* 1993. Vol. X. (30): 370-371.
- Durrer B.: *Characteristics of emergency therapy in mountain accidents*. *Ther USMC*. 1993 Apr; 50 (4): 228-233.

te en montaña en la Comunidad Autónoma de Cantabria está solucionado, creemos que la realidad es bastante distinta y de ahí el interés por realizar este estudio.

Lo que se pretende con este estudio,



es analizar la situación en la Comunidad Autónoma de Cantabria para poder llegar a formular estrategias tendentes a la medicalización de los grupos de rescate en montaña. Medicalización que creemos que debe realizarse bajo el modelo profesional y público, por ser el que cuenta con más personal cualificado, ya que integra en los equipos de rescate médico y enfermera entrenados específicamente y por tanto, mejora la atención del accidentado en montaña. Este modelo lleva funcionando en otras Comunidades Autónomas de este país desde hace varios años y creemos que las características orográficas de la Comunidad Autónoma de Cantabria, la hacen una excelente subsidiaria de ese modelo.



# EL COLEGIO TE PROTEGE CON 3.000.000 euros

(por siniestro, y con un límite por anualidad de veinte millones de euros)

## NUEVO SEGURO

### DE RESPONSABILIDAD CIVIL DE LA ORGANIZACIÓN COLEGIAL CON LA COMPAÑÍA

## MAPFRE

#### NORMAS DE PROCEDIMIENTO A SEGUIR ANTE POSIBLES RECLAMACIONES. PASOS QUE DEBE SEGUIR EL COLEGIADO:

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

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

**Tercero:** si el colegiado no pudiese contactar con el Colegio, comunicará directamente el hecho a la Asesoría jurídica del Consejo General (telf.: 913345520), donde un letrado le informará de los pasos a seguir y la cobertura del seguro. De no hacerlo así, el Consejo no asumirá ninguna responsabilidad, y el perjudicado será sola y exclusivamente el colegiado.

**Cuarto:** el colegiado no deberá declarar nunca sin abogado, ni firmar ningún documento.

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

#### LA NUEVA PÓLIZA AMPLÍA LAS PRINCIPALES COBERTURAS:

- Riesgo cubierto: responsabilidad civil profesional de los colegiados en el desarrollo de su actividad profesional o especialidad sanitaria, tal y como se regula en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, incluyendo la actividad docente, terapias alternativas y 'piercing'.
- Manteniendo el importe de la prima, la cobertura por siniestro se incrementa hasta 3.000.000 de euros, con un límite por anualidad de veinte millones.
- Cobertura por inhabilitación profesional como consecuencia de sentencia judicial firme, con abono por parte de la aseguradora de una cantidad máxima de 1.350 euros al mes, por un plazo máximo de 15 meses.
- Posibilidad de contrademanda o reclamación a contrario frente a denuncias infundadas, temerarias o con mala fe.





Mario Rollán, responsable de marketing de Caja Cantabria, entregó el accesit a María del Carmen Gautier y Vanesa Martínez, además de entregar el Premio Sor Clara a Rebeca Abajas en representación del equipo ganador.

## Proclamados los ganadores del VII Premio 'Sor Clara' de Investigación en Enfermería

**E**l pasado 11 de mayo el jurado calificador del VII Premio 'Sor Clara', tras haber analizado y valorado todos los aspectos de los trabajos presentados, acordó por unanimidad de todos sus miembros, conceder el premio al proyecto presentado bajo el título '*Medicalización de los accidentes de montaña en la Comunidad Autónoma de Cantabria: Análisis de la situación actual*' y que una vez abierto el sobre correspondiente se comprobó que correspondía al trabajo realizado por los colegiados Rebeca Abajas Bustillo, Luis Mariano López López, María Jesús Durá Ros, Elías Rodríguez Martín, Felicitas Merino de la Hoz, Silvia González Gómez, Inmaculada de la Horra Gutiérrez y Beatriz Fernández Ramos.

Igualmente, el jurado del concurso acordó conceder un accesit al trabajo presentado



Rebeca Abajas realizó una exposición del trabajo ganador del Premio.

**El trabajo 'Medicalización de los accidentes de montaña en la Comunidad Autónoma de Cantabria: Análisis de la situación actual', ganador del VII Premio Sor Clara**

bajo el título '*Accidentes y lesiones más frecuentes en edad escolar en colegios de Santander y Cantabria*' cuyos autores son María del Carmen Gautier Vargas y Vanesa Martínez González.

Gracias al patrocinio de Caja Cantabria, el Colegio de Enfermería de Cantabria puede organizar este premio que está dotado con 4.500 euros para el ganador y 1.500 para el accesit.



# Controlar el monitor compete a la matrona, no al ginecólogo

**La vigilancia de la monitorización de la parturienta entra dentro de las funciones de la matrona, según la sentencia de la Audiencia Provincial de Zaragoza que condena a una matrona por no mantener un control continuo del monitor**

La Audiencia Provincial de Zaragoza ha rechazado el recurso interpuesto por una matrona contra la sentencia de un juzgado que le condenaba a pagar una indemnización de más de 80.000 euros por los daños sufridos por un bebé tras el parto.

El fallo achaca a la matrona una falta de control de la monitorización de la embarazada e impide que la responsabilidad se extienda al ginecólogo, ya que aclara que dicha vigilancia no entra dentro

de sus competencias.

La sentencia se centra en el análisis de la actuación de la matrona en las horas previas al nacimiento del niño, pues no se ha demostrado que la monitorización se realizara durante todo el tiempo del parto. Los magistrados confirman la tesis del juzgado de primera instancia que sostiene que por el fatal desenlace que no se esperaba "puede presumirse razonablemente la ausencia de atención debida", pues si se hubiera producido "se podría haber salido

del paso de las eventuales patologías reveladas por la gráfica del monitor que debía controlar el bienestar fetal".

La Audiencia aclara que se habría podido excluir el sufrimiento fetal, pero "no se ha acreditado que la vigilancia y monitorización se realizase de forma incesante o en su caso entre los espacios de tiempo de tolerancia o seguridad".

Entre los argumentos alegados en la demanda, la matrona solicita que de la misma manera que se ha absuelto al

ginecólogo, dicha absolución también se aplique a su actuación. Esta teoría no es asumida por el tribunal, ya que entiende que "la matrona se encontraba en todo momento cercana al escenario donde se produjeron los hechos y actuando en el ámbito propio de su competencia".

En el caso del ginecólogo, su actuación se desempeñó "al final y sin ser advertido de anomalía alguna en el curso de la estancia de la paciente en la clínica".

Otro de los alegatos aducidos por la paciente hace referencia al principio de obediencia debida a las órdenes del especialista, sin embargo, la sentencia no lo admite al dar validez a las declaraciones del ginecólogo que "ordenó la monitorización externa". Además, la propia matrona admite que la historia clínica la elabora el médico a partir de la información que ella le suministra.

## Gran promoción de la Mutua AMA

AMA, la Mutua de los Profesionales Sanitarios, ha puesto en marcha a partir del pasado mes de abril una promoción entre sus mutualistas que permite conseguir descuentos progresivos en función del número de pólizas contratadas. Además, todos los participantes entrarán en el sorteo de un viaje para dos personas a la Riviera Maya.

Para comunicar esta acción, AMA está realizando una gran campaña en todos los medios de comunicación sectoriales, tanto regionales como nacionales, a través de las oficinas propias y cuanta también con una importante presencia en internet.

Con esta iniciativa, la compañía AMA pretende ampliar el número de contrataciones de pólizas durante el actual ejercicio.

La Mutua AMA, tras más de 40 años en el sector de los seguros, ha conseguido situarse en el sexto puesto dentro del ranking de las compañías que operan en nuestro país y se ha consolidado como referencia tanto en España como en Portugal.

## Reconocimiento tardío

Por error de esta redacción, en el número anterior omitimos esta redacción que obtuvo el primer premio en el concurso infantil celebrado la pasada Navidad. Aunque con retraso, sirva su actual publicación como desagravio para Irene Rodríguez, espendo que sepa disculpar nuestro fallo.

## La ambulancia que va a Belén

**Rota la patita, sin poder andar, la pobre pastora, se pudo a llorar**

- Haber como voy, cojita que estoy.

**La oyó un pescador y al 061 llamó.**

- No llores más, que la ambulancia te va a llevar.

**A 80 por hora llegó el conductor.**

- Suba, suba

y al hospital la llevó.

**Allí el médico la miró y la experta enfermera la patita escayoló.**

**Y ya la ambulancia a Belén partió.**

**Así es como la pastora cojita a Belén llegó y, con el cortejo sanitario, a Jesús adoró.**



**JORNADAS SOBRE RESPONSABILIDAD CIVIL DEL PERSONAL SANITARIO**

**El aumento de denuncias hace peligrar el buen funcionamiento del Sistema Sanitario**

España registra un aumento de denuncias a profesionales sanitarios por la vía penal que puede llegar a afectar seriamente a la calidad del Sistema Sanitario.

Las denuncias interpuestas por los pacientes aumentan considerablemente, manteniendo la misma tendencia de países como Estados Unidos, Alemania y Gran Bretaña. Es necesario establecer un

baremo de daños de aplicación a los siniestros producidos por los profesionales sanitarios en el ejercicio de su labor clínica y asistencial. Los colegios de Enfermería crearán oficinas de atención

al paciente y sus familiares, donde se podrán presentar reclamaciones con la garantía de que serán valoradas con imparcialidad y rigor.

El pasado 28 y 29 de abril se celebraron en el Hotel Santemar de Santander las jornadas nacionales sobre Responsabilidad Civil del personal sanitario, denominadas 'La protección jurídica de las enfermeras y enfermeros', organizadas por la Escuela de Ciencias de la Salud de la Organización Colegial de Enfermería de España y el Colegio de Enfermería de Cantabria y que contaron con la presencia de más de 400 profesionales sanitarios que se reunieron con juristas de prestigio internacional para debatir temas de interés para la sanidad y la sociedad española, como son el alcance del secreto profesional en el

ámbito sanitario, la responsabilidad de la Administración y de los profesionales sanitarios, el consentimiento informado, la privacidad y confidencialidad de las historias clínicas, el derecho a la protección de la salud, los derechos de los pacientes y la ética en la práctica profesional.

**Aumento indiscriminado de las denuncias**

Durante la rueda de prensa celebrada para presentar las jornadas a los medios de comunicación, en la que interviniere Máximo González Jurado, presidente del Consejo Gene-

ral de Enfermería, y Asunción González, presidenta del Colegio de Enfermería de Cantabria se valoró muy positivamente la celebración de este tipo de foros porque es donde los profesionales sanitarios asimilan importantes nociones para evitar cualquier tipo de denuncia, al mismo tiempo que aprenden a documentar una buena actuación asistencial con todas las garantías judiciales. "Estamos hablando de actuaciones muy sencillas para el profesional y para el centro sanitario como, por ejemplo, la implantación obligatoria de registros y anotaciones en la historia clínica o el establecimiento de estándares y protocolos de actua-

ción" indicó Máximo González.

También se alertó sobre la proliferación de reclamaciones por parte de los pacientes. En los últimos años, el número de denuncias interpuestas por los pacientes está aumentando considerablemente y es preocupante que se pueda mantener la tendencia ya consolidada en países como Estados Unidos, Alemania y Gran Bretaña donde el número indiscriminado de denuncias está teniendo efectos devastadores para sus servicios sanitarios. Los profesionales sanitarios de estos países se encuentran con que los abogados están en los pasillos del hospital reclutando



clientes a los que sólo cobran si les consiguen una indemnización y, en tal caso, sus honorarios ascienden al 50% o 60% de la cantidad conseguida. La indefensión de estos profesionales es tal, que se ven obligados a practicar una sanidad defensiva para garantizar su seguridad jurídica en cada decisión que toman, lo que provoca importantes retrasos en el diagnóstico y tratamiento de patologías, perjudicando al paciente y al ciudadano porque repercute negativamente en la calidad de la asistencia sanitaria.

El presidente de los enfermeros españoles alertó también de que están proliferando las reclamaciones de los pacientes por la vía penal en detrimento de la civil, que es la jurisdicción competente en estos procesos judiciales, ya que los abogados saben que la jurisdicción penal es más rápida y, aunque no hay nunca condena penal, porque en la inmensa mayoría de los casos se trata de accidentes, la elección de esta vía procesal permite obtener una indemnización en menos tiempo. Esto provoca que los profesionales se vean inmersos en un verdadero conflicto personal, porque se les reclama una pena de cárcel y, aunque casi con total seguridad quedarán absueltos, la amenaza pesa sobre sus cabezas durante todo el proceso.

#### **Baremo de daños y oficinas de atención al paciente**

**P**ara paliar las graves consecuencias que supone la tramitación de todas las denuncias por la vía penal, desde el Consejo General de Enfermería se aboga por el establecimiento de un baremo de daños pactado entre los sistemas sanitario y judicial, con el fin de que se constituya una doctrina unificada en todo el país, con el fin de que se garanticen los derechos de los pacientes a ser indemnizados ante un accidente y, a la vez, los profesionales puedan disponer de



Las jornadas fueron inauguradas por el Presidente del Gobierno Regional, el Alcalde de Santander, el Presidente del Consejo General de Enfermería y la presidenta del Colegio.

una mayor seguridad a la hora de tomar decisiones y practicar la asistencia. “No debemos olvidar nunca la excelencia de la sanidad española y la magnífica preparación de sus profesionales. Tenemos el séptimo mejor sistema sanitario del mundo y esto no es por casualidad, sino por la calidad y la preparación de nuestros profesionales sanitarios, así como por su compromiso y entrega continuas para contrarrestar las carencias del sistema”, sentenció Máximo González Jurado.

Una de las primeras iniciativas que se van a poner en marcha es la inmediata creación en todos los colegios de enfermería de España de oficinas de atención al paciente y a sus familiares, donde éstos podrán presentar sus reclamaciones y quejas con plenas garantías de que serán valoradas con total imparcialidad y con un rigor científico absoluto. Para ello, se está trabajando en la creación en cada Colegio de un comité de expertos de gran prestigio profesional y social, que serán los encargados de valorar cada una de estas reclamaciones y emitiendo después un justificado dictamen que determinará si ha habido una imprudencia o mala pra-

xis profesional. Este comité contará con personalidades de la justicia, la sanidad y la docencia, así como con representantes de los propios pacientes, que trabajarán con absoluta transparencia e imparcialidad y si su resolución es afirmativa, se pondrá en marcha el proceso necesario para que el paciente disponga de una indemnización por el daño que se le haya causado.

Por su parte, Asunción González, presidenta de los enfermeros cántabros, recalzó que entre todos los profesionales del sistema sanitario existe en la actualidad una gran preocupación por los temas relacionados con la responsabilidad profesional. “Los enfermeros queremos ser los mejores en nuestro trabajo y prestar nuestra asistencia con todas las garantías de seguridad clínica para los pacientes. No obstante, somos personas y, como tales, no somos perfectos”. En esta línea, el presidente de los enfermeros españoles aludió al compromiso adquirido por todos los enfermeros de actualizar continuamente sus conocimientos, habilidades y técnicas a través de la formación continuada, “formación que, a diferencia de

otras profesiones sanitarias, es sufragada directamente por el propio enfermero o enfermera y, en la mayoría de los casos, a costa de sus propias vacaciones”.

#### **Recursos humanos sanitarios**

**F**inalmente, el presidente del Consejo General de Enfermería destacó que en España, el número de enfermeras por cada cien mil habitantes es un 40% menor de la media europea. En este sentido, valoró la relación existente entre el número de profesionales de enfermería que dan asistencia en cada comunidad autónoma y el número de denuncias civiles y penales a enfermeros colegiados en ellas. No obstante, González Jurado destacó la gran calidad de la sanidad española y de sus profesionales, recordando que en nuestro país “el número de enfermeras por cada 100.000 habitantes es casi la mitad de la media europea y, aún así, tenemos el séptimo mejor sistema sanitario del mundo, gracias a la calidad y la preparación profesional de sus trabajadores sanitarios”.



El acto fue inaugurado por Luis María Truan, consejero de Sanidad del Gobierno de Cantabria, a quien acompañaban la presidenta del Colegio, Soledad Gordillo, directora de Enfermería del Hospital de Laredo, Feli Lois, coordinadora de Enfermería del SCS, y María Angeles Moreno, directora de Enfermería del Hospital Sierrallana.

**JORNADA FORMATIVA DE ENFERMERIA:**

**Servir a la comunidad y garantizar la calidad:  
Las enfermeras se comprometen a  
dispensar cuidados innovadores**

Si siguiendo la tradición instaurada desde hace años en el Colegio, el pasado 15 de mayo se celebró el Día Internacional de la Enfermería y para conmemorarlo, se organizó una Jornada bajo el título ‘Servir a la comunidad y garantizar la calidad: Las enfermeras se comprometen a dispensar cuidados innovadores’ y que contó con la organización del GAP2, los hospitales Valdecilla, Sierrallana y Laredo, los centros Padre Menni y Santa Clotilde, la Escuela de Enfermería, el centro penitenciario de ‘El Dueso’ y el Colegio de Enfermería.

Los actos de la jornada comenzaron a las nueve y media de la mañana con una mesa redonda moderada por Alberto Morales Rilo, supervisor del Bloque Quirúrgico y Esterilización del Hospital de Laredo y se continuó con las ponencias ‘Cuidar al cuidador’ –expuesta por Elena Benito del Centro de Salud de Polanco–, ‘Deshabitación tabáquica’ –presentada



El seguimiento de la jornada por más de trescientos colegiados demuestra el interés por este tipo de actos formativos.



# DE LA ENFERMERIA

por Amada Pellico del Centro de Salud Dobra de Torrelavega-, 'Percepción de la familia sobre la actitud y el cuidado que brinda el personal de enfermería en el Centro Hospitalario Padre Menni –por la enfermera del centro Alexandra Gualdrón-, 'Creación de la Comisión de cuidados de Enfermería de enfermería en el Hospital Santa Clotilde' –desarrollada por Mónica Ibáñez, enfermera del propio hospital– y 'Título de Grado en enfermería en la Universidad de Cantabria', cuya exposición corrió a cargo de María Madrazo, directora de la Escuela de Enfermería.

Tras un descanso, la jornada continuó con otra mesa redonda moderada por Amaia Monje Alvarez, subdirectora de Enfermería del Hospital Valdecilla, y donde se presentaron las ponencias 'Nuestro objetivo la seguridad del enfermo crítico: avanzamos e innovamos' –expuesta por Angeles Llamazares, supervisora de Cuidados Intensivos Generales del Hospital Valdecilla–, 'Realidad laboral y profesional de la enfermería en las prisiones españolas –desarrollada por José Ramón Borraz, enfermero del Centro Penitenciario El Dueso–, 'Sistema de recuperación de sangre. Un camino a la autotransfusión' –la exposición corrió a cargo de Carolina Zorrilla, enfermera del hospital comarcal de Laredo–, 'Sistema de fototerapia en el Hospital Comarcal de Laredo' –presentada por Rosa Portilla, supervisora de la planta de Obstetricia del Hospital de Laredo– y 'La creatividad como herramienta para ofrecer unos cuidados de calidad en el Hospital de Día Médico' –cuya presentación corrió a cargo de María José Boo, enfermera del Hospital de Día Psiquiátrico del Hospital de Sierrallana.

Tras el correspondiente debate de las ponencias presentadas, se clausuró la jornada con la satisfacción de haber contado con la asistencia de más de trescientos profesionales de enfermería.



Todos los asistentes a la jornada acudieron a recoger las acreditaciones a muy temprana hora.



Las mesas redondas provocaron animados debates entre los asistentes.



Las diez ponencias presentadas mostraron una parte de labor que está desarrollando de investigación que está desarrollando la Enfermería en nuestra región.





# Fotos para recordar



**La fiesta sirve para hermanar a las distintas generaciones de profesionales que conviven en el Colegio**



**Los nuevos colegiados hicieron su juramento profesional como Enfermeros**



# DE LA ENFERMERIA



**Durante la comida de hermandad, se reconoció la labor profesional de los más veteranos colegiados...**



**...de los que llegaron hace veinticinco años y que ahora forman el núcleo duro del Colegio...**



**...y de los tiernos compañeros que se han incorporado durante el último año y que forman el batallón de los novatos.**



## Cursos y talleres...

Durante el último trimestre, el Colegio ha desarrollado cursos de formación sobre 'Prevención de agresiones al personal sanitario', 'Atención de Enfermería en el medio escolar', 'Lengua de signos española', Soporte vital básico y desfibrilación semiautomática para Enfermería y 'Urgencias para Enfermería'



### Curso On-line

El Colegio, a través de la Asociación para la Formación en Urgencias y Emergencia (FURGEM), realizó en diciembre, enero y febrero el curso on-line titulado 'Atención inicial de Enfermería al paciente intoxicado', al que se apuntaron más de 500 colegiados, aunque sólo 45 podían obtener plaza. De ellos, 40 consiguieron el diploma de acreditación.

El curso constaba de 3 módulos, con una prueba de conocimientos tipo test al final de cada una de ellos, debiendo superar el 80 % de las preguntas para poder continuar. Los alumnos podían exponer sus dudas, comentarios o discusiones en un foro habilitado a tal efecto, así como mandar correos electrónicos a cada uno de los docentes encargados de cada módulo. Un administrador informático se encargaba de gestionar toda la documentación aportada por los profesores, así como de contestar y subsanar cualquier duda que los alumnos pudieran tener.

La gran aceptación, junto a la excelente valoración de los alumnos, impulsa al Colegio a fomentar este tipo de cursos on-line.





## AVISO IMPORTANTE PARA LOS COLEGIADOS

### EN TANTO NO SE MODIFIQUE LA CARTERA DE SERVICIOS

# EL SERVICIO CANTABRO DE SALUD no incluye la prestación de vacunas fuera del calendario o programa de vacunación

**E**l Colegio y las asociaciones convocantes, preocupadas por la situación de indefensión en que se encuentran los profesionales de los centros de salud cuando administran una vacuna fuera de los periodos señalados por el calendario oficial, pretenden a través de la asamblea celebrada y con la publicación de las conclusiones aprobadas en ella, que todos los colegiados conozcan los riesgos que corren al realizar estas prácticas no reguladas.

#### CONCLUSIONES

**PRIMERA.**— El derecho a la protección de la salud, previsto constitucionalmente, exige un desarrollo normativo por medio de una ley que establezca los derechos y deberes de todos al respecto.

**SEGUNDA.**— En cumplimiento de este mandato constitucional, la Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril, señala en su art. 3.2 que el acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva y ahondando más en la cuestión, la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud 16/2003, de 28 de mayo, en su art. 7.1 establece:

- que el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud tiene por objeto garantizar las condiciones básicas y comunes para una atención integral, continuada y en el nivel adecuado de atención.
- que se consideran prestaciones de atención sanitaria del Sistema Nacional de

**EL COLEGIO DE ENFERMERIA, LA ASOCIACION DE ENFERMERIA DE PEDIATRIA Y LA ASOCIACION DE ENFERMERIA COMUNITARIA DE CANTABRIA, CONVOCARON UNA ASAMBLEA EL PASADO 22 DE JUNIO PARA TRATAR SOBRE EL PROBLEMA QUE SUPONE LA ADMINISTRACION DE VACUNAS FUERA DEL CALENDARIO OFICIAL POR LO ENFERMEROS DE LOS CENTROS DE SALUD, INDEPENDIENTEMENTE DE QUE ESTEN PRESCRITAS O NO POR UN FACULTATIVO DEL SERVICIO CANTABRO DE SALUD**

Salud los servicios o conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, de rehabilitación y de promoción y mantenimiento de la salud dirigidos a los ciudadanos; • señala las prestaciones que comprenderá el catálogo.

El art. 8 de la ley contempla que las prestaciones sanitarias del catálogo se harán efectivas mediante la cartera de servicios comunes que, y según prevé el art. 20, se acordará en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y se aprobará mediante real decreto.

A partir de este artículo, se aprueba el R.D. 1030/06 que regula la cartera de servicios y pretende garantizar la protección de la salud, la equidad y la accesibilidad a una adecuada atención sanitaria, a la que tienen derecho todos los ciudadanos independientemente de

su lugar de residencia, haciendo efectivas las prestaciones a través de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, que es la que actualmente ofrece y garantiza el Servicio Cántabro de Salud y que es donde se recogen las técnicas, tecnologías o procedimientos que en estos momentos aporta y ampara el citado Sistema.

Así, el ANEXO II, titulado 'Cartera de servicios comunes de atención primaria' en su apartado 3.1.2 de Actividades Preventivas, incluye en su punto primero que:

*"Vacunaciones en todos los grupos de edad y, en su caso, grupos de riesgo, según el calendario de vacunación vigente aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y las administraciones sanitarias competentes, así como aquellas que puedan indicarse, en población general o en grupos de riesgo, por si -*

*tuaciones que epidemiológicamente lo aconsejen".*

Es decir en tanto no se modifique la cartera de servicios el Servicio Cántabro de Salud no tiene incluida la prestación de las vacunas fuera de calendario o programa de vacunación y la confirmación viene dada por la declaración realizada por el Gerente de Atención Primaria Santander-Laredo (GAP I) efectuada en febrero de 2001 cuando afirmaba "que no se deben administrar vacunas fuera del calendario de vacunación".

**TERCERO.**— Se acuerda que los enfermeros de los equipos informen al resto de compañeros, así como a los responsables y facultativos de los centros de salud, que las vacunas que estén fuera de calendario oficial o de programas de vacunación, en tanto no se modifique la 'Cartera de Servicios', no están incluidas entre las prestaciones sanitarias que el SCS ofrece y por lo tanto el personal de enfermería no tiene ninguna obligación de administrarla.

También recordamos a todo el personal de enfermería que, libremente, opte por administrarla, lo hará siempre bajo su propia responsabilidad, como acto profesional autónomo, de acuerdo con lo previsto en la Ley de Ordenación de las Profesionales Sanitarias y que, por tanto, asume las responsabilidades civiles y penales que se produzcan —rotura del vial, negligencias...— sin que quepa la derivación de dicha responsabilidad al SCS, pues no es una de sus prestaciones.

**LA JUNTA DEL COLEGIO DE REUNIRA CON LA VICEPRESIDENTA**

# Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria se salta las sentencias del Tribunal Supremo

**Un libro, editado por Servicios Sociales, utiliza los acuerdos del convenio sectorial para justificar que en las residencias geriátricas privadas los auxiliares puedan realizar labores propias de la Enfermería**

No deja de ser alarmante, sorprendente y preocupante que, desde la Consejería de Empleo y Bienestar Social y, por tanto, desde la Vicepresidencia del Gobierno de Cantabria, se avale el intrusismo profesional en un 'libro' del cual son coautores la Dirección General de Políticas Sociales, el Servicio Cántabro de Empleo, la Dirección General de Formación Profesional y Educación Permanente, For-em-CC OO, la Secretaria de Políticas Sociales de UGT y la Asociación Cántabra de Servicios a la Dependencia (ACES-DE-CEOE CEPYME) y que han titulado "Necesidades de titulación y formación del personal cuidador en atención a la dependencia".

En se señalan algunas 'sugeridas funciones' del personal cuidador a personas con dependencia en residencias entre las que se incluyen poner inyectables por vía subcutánea para la insulina o heparina, que claramente vulneran la legislación vigente, tal y como se le ha notificado reiteradamente por parte de este Colegio y ratificado por sentencia de la Sala de lo Social del Tribunal Supremo del pasado 2 de diciembre de 2008 resolviendo estas prácticas de manera definitiva con el siguiente argumento: "comporta una acción invasiva, aunque mínima, que precisa unos conocimientos especiali-



zados, que no corresponden al gero cultor, ni aun en el caso de que estuviera capacitado para ello, pues si bien, en el ejercicio de sus funciones, colabora con el equipo de profesionales mediante la realización de tareas elementales que complementen los servicios especializados de aquellos, ello en modo alguno puede interpretarse en el sentido de que hayan de suplir a tales profesionales en ausencia en la referida actuación".

Pero para incidir en sus argumentos, no se les ocurre, nada más y nada menos, que ampararse en un convenio colectivo que han firmado las residencias, en donde en uno de sus artículos aparece "que en ausencia de ATS/DUE, el personal cuidador podrá realizar la prueba de glucosa y utilizar la vía subcutánea para administrar insulina y heparina a los usuarios". Es sorprendente que desde la Dirección General de Políticas Sociales se desconozca que un convenio colectivo nunca puede imponer las funciones de unos profesionales, determinadas por la regulación legal de los planes estudio. Es, por poner un ejemplo, como si el mismo convenio estableciese que en ausencia del médico, los enfermeros podríamos realizar intervenciones por apendicitis y, con esa premisa, la administración lo avalase.

## AVISO PARA LA ENFERMERIA

Queremos recordar nuevamente a toda la enfermería que el artículo 85.2 del Estatuto Jurídico del Personal Estatutario, dice que a las Auxiliares de Enfermería les esta prohibido realizar cualquier técnica diagnóstica o preventiva (por ejemplo los electrocardiogramas, etc.).

Así mismo, la preparación de la medicación que se va a administrar a un paciente, siguiendo las pautas y dosis pertinentes, es función que corresponde al enfermero, así como también es su responsabilidad el seguimiento de los efectos esperados y deseados para los que se administra dicha medicación, mediante el seguimiento y observación de los efectos derivados de su aplicación.



Por otro lado, el libro argumenta que en los centros de salud está establecido un protocolo de atención a enfermos diabéticos, en los que se les enseña a administrarse ellos mismos sus dosis correspondientes. Este argumento es totalmente válido y somos defensores de no hacer de esto una carga, sino lo contrario y que estos usuarios sean autosuficientes es uno de nuestros objetivos. Pero hacer utilizar este argumento para permitir validar una práctica ilegal según el Tribunal Supremo, es como intentar matar a todos los pollos y cerdos por ser los causantes de los últimos brotes de gripe que ha padecido la población mundial.

El Gobierno de Cantabria tiene la obligación de exigir a todas las residencias privadas el que presten a sus residentes la misma atención sanitaria y con la misma cualificación profesional que la que reciben en sus propios centros asistenciales.

¿Debemos pensar que los dependientes no se merecen una prestación sanitaria de igualdad como el resto de los usuarios del sistema sanitario? ¿Qué la primera media de la política de ahorro de los Servicios Sociales en Cantabria es no exigir personal cualificado a aquellas empresas con las que subcontrata los servicios de atención a dependientes? ¿Se trata de permitir que algunas residencias privadas consigan mejorar sus amplios beneficios? Deja-



mos estas preguntas para quien pueda contestarnos.

La decisión del gobierno de Cantabria de separar la atención sanitaria y social en diferentes consejerías está provocando la disociación del concepto de salud, a la vez que aparecen interferencias como la normativa que anuló la exigencia de que exista un cupo de enfermeras en las residencias de ancianos, planteando que sean las profesionales de Atención Primaria las que acudan a estos centros para prestar la asistencia, o que las valoraciones de la dependencia las realicen profesio-

nales que no conocen a los usuarios, ignorando por completo a la enfermera que lleva años cuidando a estos pacientes y que hubiese realizado unas valoraciones más precisas y con mayor fluidez en el proceso burocrático.

La sociedad española cada vez está más envejecida (con un 18% es la más envejecida de Europa) y ha aumentado la población inmigrante. Al mismo tiempo, la población cada vez es más demandante y dependiente de los servicios sanitarios como consecuencia de la falta de conocimientos para el autocuidado y la falta de for-

mación en la asunción de la responsabilidad propia sobre nuestra salud. Esto deriva en una población necesitada de cuidados enfermeros y de una Educación para la Salud integrada dentro de la formación global básica desde la infancia que ayude a la autoresponsabilidad de las personas en sus cuidados.

Las previsiones de futuro pasan por un aumento del envejecimiento poblacional, un sistema sanitario con serios problemas de financiación, una política de gestión cada vez más medicalizada, con medidas de intervención apagafuegos y sin un plan de salud de futuro que desarrolle estrategias para abordar la situación planteada.

El Colegio de Enfermería y todos los profesionales queremos adecuar los cuidados de Enfermería a las necesidades de la envejecida población cántabra. El 18% de la población es mayor de 65 años, edad en que está establecido el concepto de envejecimiento, sin embargo, a nosotros nos preocupan otros datos: ¿Cuántos cántabros hay mayores de 80 años y cuántos mayores de 90? ¿Cuántos pacientes hay en Cantabria con discapacidades graves de tipo físico, mental o sensorial? Estos datos, así como el número de enfermeros que se encarguen de atenderlos, ahora y en el futuro, determinarán la calidad y cantidad de la atención que reciban.

**GRUPO**

**HOYAL**



**Fabricantes de Mobiliario de Cocina y Baño**

- Desde 1.965 -

**¡PORQUE LA CALIDAD TAMBIEN SE HACE EN CANTABRIA!**

- ✦ Presupuesto ON-LINE ( [www.ambientesgrupohoyal.com](http://www.ambientesgrupohoyal.com) )
- ✦ Diseño Italiano y Tecnología Alemana
- ✦ Experiencia Demostrada Durante Más de 40 Años
- ✦ Pago Aplazado a 5 Meses. Financiación Hasta 5 Años

**HOYAL**

Recta de Horas - salida 202  
Autovin Stder - Bilbao  
Telf: 942 526 030  
Fax : 942 526 031  
[www.hoyal.com](http://www.hoyal.com)

**AMBIENTES COCINAS Y BAÑOS**

C/ Floranes 60 - Santander  
Teléfono y Fax : 942 23 09 45  
C/ Santa lucia 35 - Santander  
Teléfono y Fax : 942 22 96 31  
[www.ambientesgrupohoyal.com](http://www.ambientesgrupohoyal.com)

**De marcha por la región...**

**El camino viejo de Bárcena Mayor**

**Finales de Abril. Dejamos atrás las tierras de Liébana de la excursión anterior y nos encaminamos a otro de nuestros privilegiados enclaves, la Reserva del Saja.**

**M**adrugamos, como nunca, salimos desde Santander con dirección al que parece ser el pueblo más antiguo de Cantabria, Bárcena Mayor, donde, tras desperezarnos, comenzamos a caminar por entre sus calles, redescubriendo su singular y típica arquitectura montañesa, adornada con decenas de macetas en sus balcones que la hacían aun más bonita en esta mañana de sábado.

Haciendo un gran esfuerzo para no entrar en alguna casa de comidas para degustar un buen estofado o asado al horno, atravesamos el puente que existe al final de pueblo para coger un bonito camino que sin problemas nos acercó a la pequeña campa donde se encuentra la ermita del Carmen. Allí nos agrupamos y continuamos, siempre en continua pero no pronunciada pendiente, hasta llegar a las casas del Avellaneo, paraje singular donde predomina la presencia de cabañas o invernales y brañas con sus correspondientes cierrres de piedra. Allá, junto a un gran roble, aprovechamos para almorzar frugalmente aunque la "profesionalización" del grupo propició la abundancia de botas de vino e incluso ¡termos con café caliente...!

Continuamos al poco tiempo nuestro camino, rebasando por completo esta zona de pastos para, tras un tramo por campo abierto, casi monte a través, internarnos de nuevo en la masa boscosa y es allí donde la lluvia hizo su aparición. No fue ni muy copiosa ni muy persistente, pero sí lo suficiente para que nos pertrecháramos con nuestras ropas de agua. Así, acompañados



por la llovizna, continuamos nuestro camino hasta llegar a una nueva zona de brañas, la Venta Mobejo donde ya siempre por terreno despejado, nos iríamos acercando hasta Ozcaba junto a la carretera que sube al Puerto de Palomera.

Como las horas así lo propiciaban y las gotas de agua nos dieron descanso, paramos en el refugio que hay junto a la carretera y allí comimos. Como quedó dicho anteriormente, el grupo de montañeros del Colegio se ha profesionalizado y ha pasado a mejor vida el bocata de tortilla y el chocolate, que han sido sustituidos por auténticas variedades 'delicatessen' como los pimientos

y morcilla con cebolla confitada, por poner un ejemplo. Al fin y al cabo, ¿Nos lo habíamos ganado? ¿O, no?

A pesar de que la pereza que producía continuar con nuestras tripas llenas, era evidente que debíamos seguir y, para ello, subimos por el asfalto hasta arriba del Puerto donde, el escaso tráfico que circulaba y la aparición de algunos neveros en la cuneta, supusieron que estos casi tres kilómetros los recorriéramos sin ningún problema. Una vez arriba en el Puerto, pudimos contemplar la marcada divisoria entre los valles del Saja a nuestra espalda y Campoó que se abría ante nuestros ojos.

Inmediatamente abandonamos la carretera y comenzamos a descender por una vereda con rumbo sur. Caminamos entre el ganado que había pastando por allí y la amplia vista que se extendía ante nosotros nos permitió identificar las cumbres más emblemáticas del entorno como el Pico Tres Mares, Cuchillón o el Pico Liguardi entre otros tantos. Resolviendo las diversas bifurcaciones del camino a izquierda o derecha según el caso, llegamos rápidamente y sin ningún problema hasta la localidad de Soto, donde nos esperaba el autobús.

Pero aún era temprano y no teníamos ganas de regresar a casa, así que nos acercamos hasta el albergue que hay en esta misma localidad y allí dimos cuenta, en buena medida, de su provisión de café, cervezas y otros menesteres. Al fin y al cabo, los 'esforzados montañeros' se merecían una recompensa.

Y luego, cuando hubimos saciado el 'vicio', subimos al autobús para regresar a casa. Disfrutamos de nuevo de un día inolvidable... pero, visto en el tiempo, con la lástima de haber dejado escapar aquel lechazo en Bárcena, a primera hora de la mañana ¿...?



**...y por nuestro país**

# La Laguna Negra y el medievo soriano

**¡Estoy harto! Siempre la misma canción. Yo no sé porque extraño motivo me tiene que contar a mi la gente su vida... Aunque ahora que lo pienso, ¿no es lo que voy a hacer yo en estas líneas?**

En fin, reflexiones aparte, resulta que cada aproximadamente tres semanas, cuando llego el lunes al trabajo en el Hospital, siempre hay dos personas que se ponen a hablar de lo "maravilloso" que ha sido su sábado o en su defecto, como esta vez, su fin de semana completo. A mi ni me va ni me viene pero ellas me lo cuentan igual y ya estoy harto, si total ¡Sólo van a andar!

Según parece, el Colegio de Enfermería organiza salidas y excursiones tanto de un día como de fin de semana completo y hoy me han contado que se han ido, ni más ni menos, que hasta Soria. ¡Pues ya ves tú! ¿Qué tendrá que ver Soria?

Por lo que dicen, el sábado se montaron en un autobús tras un ¡madrugón de espanto! (están locos..., toda la semana trabajando y llega el sábado y a madrugar por gusto...). El caso es que se fueron hasta la provincia de Soria y llegaron al parque natural de la Laguna Negra. (¿Qué puede haber allí?... Si por lo menos fuera donde se rueda esa serie de adolescentes de 'El Internado'...). Total, que dejaron el autobús y para no hacer lo mismo que todo el mundo (son raros hasta para esto...) subieron desde un sitio que se llama el Caserío de Santa Inés, por un camino rodeado de hayas y pinos, hasta la parte superior del Parque. Allí ya les iba a esperar el autobús para la vuelta y yo les dije que ya podían haber ido en bus hasta allí y me contestaron que se hubieran perdido el bonito camino de subida (no tienen remedio...).

Rodeados por altos farallo-



nes de roca (he tenido que buscar en el diccionario qué era esto) llegaron junto a la Laguna Negra y allí, dicen que se quedaron prendados de sus innegable belleza. Según ellos, parece increíble que esa laguna de origen glaciar estuviera allí circundada por los altos muros que la flanquean. Avanzaron un poco más y, aunque algunos subieron hasta la parte superior por un nevero que aún permanecía en la canal, la mayoría del grupo se quedó junto a una fantástica cascada desde donde se dominaba una bonita vista sobre la Laguna.

Tras hacer decenas de fotos (ahora, que son baratas...) bajaron al autobús y justo al montarse comenzó a llover, confirmando mis sospechas de que tienen algún pacto secreto, pues no es posible tener tanta suerte. Mientras viajaban con rumbo sur comentaban, antes de quedarse amodorrados, la bonita que estaba siendo la jornada... (a estas alturas del relato, tengo que reconocer que todo sonaba muy bien lo, pero ellos habían estado esforzándose y yo había estado tranquilamente en casa, ¿No?)

Tras recorrer una vasta extensión de pinares que cubren buena parte de esta zona soriana, llegaron a Muriel de la Fuente donde visitaron la

la villa. Yo, que creía que en un pueblo simplemente había iglesias y no podía estar más equivocado, pues se trata de una bella catedral que esconde diversas joyas que el visitante descubre, sobre todo, si es el peculiar guía quien lo muestra. Después siguieron hasta el Centro de Interpretación de Uxama, antigua denominación del Burgo de Osma, donde, pudieron aprender acerca del territorio donde se asienta esta localidad y, como colofón, hicieron monedas y se disfrazaron de época, pasando un rato muy entretenido.

Para finalizar se dirigieron



Fuentona, una cavidad acuática que ha sido explorada en multitud de ocasiones en espeleobuceo y después continuaron hasta Sabinar de Calatañazor, casi al pie del pueblo que visitarían al día siguiente y dieron un breve paseo por entre las sabinas (especie parecida al enebro) centenarias. (¡Pararon a ver árboles!, aunque si digo la verdad, he visto alguna foto y son espectaculares).

Casi al anochecer llegaron al alojamiento en el Burgo de Osma donde se ducharon, cenaron copiosamente y salieron a dar una vuelta por la noche burgense (lo que no me contaron es, como decía mi abuela, si les cogió el 'relente' o no...).

El domingo se levantaron y fueron a visitar la Catedral de

hasta Calatañazor, pequeño pueblo medieval donde, tras recorrer sus empedradas y estrechas calles y observar las peculiares chimeneas pinariegas, comieron en un restaurante muy especial, donde el plato más solicitado fueron los huevos fritos con queso camembert fundido, virtutas de jamón ibérico y chorizo soriano 'al infierno' (casi nada...).

En definitiva, llegaban el lunes exhaustos tras haber realizado dos días intensos, repletos de actividades. Y en cambio yo, llegaba el lunes relajado tras haber estado en casa todo el fin de semana...

Aunque ahora que lo pienso.... me están entrando unas tremendas ganas de ir a la próxima salida..., ya os contaré...

# ahorro futuro



## AHORRE PARA SU JUBILACIÓN



**ASEGURE SUS ILUSIONES  
DE MAÑANA**

*\*Promoción válida para nuevas contrataciones según requisitos mínimos de la misma o aportaciones extraordinarias mínimas de 500 €.  
Limitada a un regalo por tomador hasta agotar existencias (1.000 unidades).*

Seguros de vida de Cantabria Vida y Pensiones, S.A. de Seguros y Reaseguros, inscrita en la DGS, clase C 31/A, y CIF A 39842094.  
Mediado por Segurosactiva S.A. CIF A 39842094 inscrita en el registro mercantil con clave 01/088 inscrita en el registro profesional y capacidad financiera, con arreglo a lo dispuesto en el art. 21 de dicha Ley.  
Información previa al tomador y condiciones de la promoción disponibles en cualquier oficina de Caja Cantabria\*.



**... Y empiece a disfrutar del verano ahorrando para su jubilación: le regalamos esta sombrilla\*.**