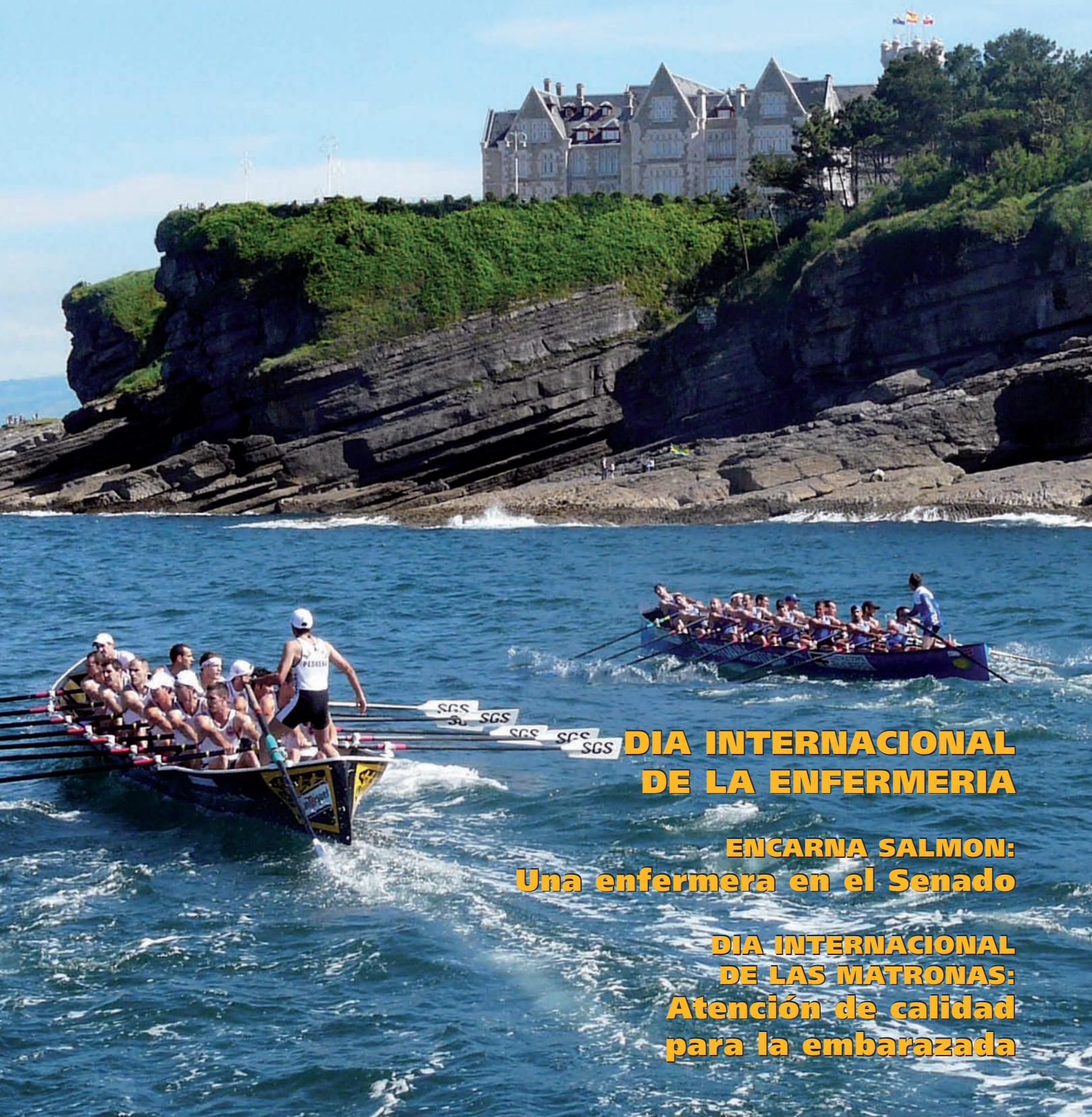


**REVISTA del
COLEGIO de
ENFERMERIA
de CANTABRIA**

NUMEROS

AÑO 13 NUM. 49

2º Trimestre 2008



**DIA INTERNACIONAL
DE LA ENFERMERIA**

**ENCARNA SALMON:
Una enfermera en el Senado**

**DIA INTERNACIONAL
DE LAS MATRONAS:
Atención de calidad
para la embarazada**

SEGURO MULTIRRIESGO DE ACCIDENTES



*El seguro que garantiza
tu tranquilidad
y la de los que más quieres*

*A.M.A. pone a tu disposición un seguro de
accidentes con múltiples garantías a unos precios
excepcionales.*

todo son ventajas...

- Compatible con capitales asegurados en otros seguros
- Sin necesidad de reconocimiento médico
- Válido en el mundo entero



*Deja en nuestras manos tu seguro,
y tú preocúpate solo de disfrutar*

40 años asegurando a los profesionales sanitarios



Infórmate sobre todos nuestros Seguros y Servicios:

• A.M.A. Santander **942 217 719**
Lope de Vega, 33 39003 SANTANDER
santander@amaseguros.com

• A través de internet: **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^a Asunción González Salas

VICEPRESIDENTA 1^a:

Rocío Cardeñoso Herrero

VICEPRESIDENTA 2^a:

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.

Los médicos se quitan la piel de cordero

En la revista digital Redacción Médica del 18 de junio se presenta el documento que han elaborado los dos vocales de Atención Primaria del Consejo General de Médicos y que 'cuenta con la aprobación del pleno de esta organización' según indica el propio artículo. En su contenido, tienen la OSADIA de pedir que se regularice las competencias y las funciones de la enfermería para que asuman las tareas que liberen a los médicos de tiempo en este nivel asistencial.

El texto que ha hecho público el Consejo General de Médicos, enumera entre "las tareas auxiliares fundamentales PERO SECUNDARIAS" la renovación de diversos documentos por delegación (recetas de crónicos), ayuda al paciente anciano en consulta, limpieza del material sanitario (no se han atrevido a decir de la consulta), o la preparación del campo quirúrgico y ayuda en cirugía menor, entre otras funciones.

Según el informe, los médicos están realizando actividades frustrantes con gran sobrecarga de trabajo y, añaden, que existe un gran espacio sin definir que debe asumir la enfermería. Sin embargo, niegan la posibilidad de la prescripción enfermera, ya que depende de un diagnóstico médico.

Hay que tener una gran falta de respeto hacia todo lo que les rodea y el desconocimiento total de las normas básicas de la ética, porque solo desde ese punto se comprende que, desde la más absoluta prepotencia y provocación, pretenden establecer por su cuenta y riesgo las competencias y funciones de otros profesionales independientes que académicamente y legalmente ya están suficientemente definidas. Todo ello, como indica en el informe, porque alguno de ellos se siente frustrado en su trabajo.

Me pregunto si no sería mejor que, en su organización, dedicasen el tiempo a buscar estrategias para lograr acciones básicas que beneficien a la Atención Primaria de Salud, tanto en la vertiente de los profesionales como de los usuarios, que es, por lo menos, para y por lo que trabajamos en la profesión de enfermería.

M^a Asunción González Salas. Presidenta del Colegio



FOTO PORTADA: Yuste

SUMARIO

4. Encarna Salmón: Una enfermera cántabra en el Senado de España



10. Día Internacional de la Matrona: Atención de calidad para las embarazadas

14. Investigación en Enfermería: Valoración positiva de la consulta de Enfermería en la mejora del cumplimiento en el uso del CPAP en pacientes diagnosticados de apnea del sueño

22. El Colegio Informa:
- Baleares implanta la bioseguridad.

- Situación de la prescripción enfermera.

- Asturias pone en marcha un plan de prevención de riesgos.

- Los interinos cobrarán la carrera profesional con atrasos incluidos.

24. Acuerdo sobre vacaciones y permisos en el SCS

28. Día Internacional de la Enfermería

25. De ruta por la región: El Colegio de marcha.

¿Cómo es...?

No es la primera diplomada en Enfermería que llega al Senado de España, pero se pueden contar con los dedos de la mano el número de ellos que han llegado ocupado un cargo de esa responsabilidad. Tiene experiencia en la política, pues no en vano ha sido concejala de Asuntos Sociales del Ayuntamiento de Santander desde 1999 hasta el pasado año. Conoce la profesión, pues la ha desarrollado durante 25 años en el Hospital Valdecilla. Conoce la gestión, pues ha sido coordinadora del Servicio de Medicina Preventiva y ha pertenecido a la comisión de Infecciones y Política Antibiótica del Hospital. Conoce la Formación, ya que también ha impartido ciclos formativos sanitarios. Ahora, desde su puesto en el Senado, puede intervenir de forma directa en el desarrollo político de las nuevas normativas que van a regular la profesión, ya que en esta legislatura se pondrán en marcha los estudios de grado, se desarrollarán las Leyes de Prescripción Enfermera y de Dependencia.

ENCARNA SALMON

Una enfermera cántabra en el Senado de España



Encarna Salmón, senadora del Partido Popular desde el mes de marzo de 2008.

¿Cómo es...?

Tesón y esfuerzo

En 1995 le ofrecieron por primera vez ir en las listas por el Partido Popular al Ayuntamiento de Santander, pero en aquellos momentos consideró que su situación profesional y personal no le permitían dar el salto al ruedo político. Sin embargo, cuando se lo ofrecieron de nuevo en 1999 sus circunstancias habían cambiado y tras meditarlo con tranquilidad, decidió que era el momento de iniciar una nueva etapa en su vida.

De la mano de Gonzalo Piñeiro, accedió a la concejalía de Asuntos Sociales del consistorio santanderino con el encargo del entonces Alcalde de potenciarla y convertirla en una de las áreas estrella de la política municipal.

Encarna Salmón ya vivió en Valdecilla las diferencias que existen entre los objetivos que te propones cuando accedes a un cargo de gestión y la cruda realidad del trabajo diario. Sin embargo, como trabajadora incansable que es y con su carácter batallador, este tipo de problemáticas no suponen un impedimento para llevar a cabo los proyectos que tiene en mente.

Su primer trabajo en el Ayuntamiento fue el buscar un sitio donde poder atender a las personas que no fuese compartido. Para Encarna, los temas a tratar eran particularmente delicados, ya que "la vecinos, cuando acuden a Asuntos Sociales, vienen a solventar problemas íntimos que requieren de la mayor discreción posible. Por eso, revolví por toda la casona hasta que encontré un pequeño hueco donde podía ofrecer la intimidad que reclamaban las personas que acudían a la Concejalía".

Durante los ocho años de su gestión en el Ayuntamiento ha desarrollado tres proyectos estrella: el realojo de los gitanos de la Cavaduca, la puesta en marcha del centro de Atención a Emigrantes y la construcción del nuevo Hogar del Transeúnte en Candina.

La consecución de los proyectos ha sido muy laboriosa, sobre todo en el caso de la Cavaduca y del Hogar del Transeúnte. En el primero de los casos, la oposición al traslado por parte de los habitantes de la zona y la falta de recursos para reubicarlos en otras viviendas, dilató en gran medida el proceso.

En el caso del Hogar del Transeúnte, solo la perseverancia de Encarna Salmón, permitió obtener el terreno donde se están realizando las obras que están próximas a concluir. Para lograrlo, tuvo que conseguir un acuerdo con Patrimonio del Estado que era el propietario del terreno y con el Ministerio de Educación, que la tenía cedido pues en ese solar se ubicó durante muchos años un instituto de Formación Profesional.

En el Senado, Salmón va a trabajar en tres comisiones, destacando la de Ciencia e Innovación, donde ocupará el cargo de vicepresidenta, al mismo tiempo que ocupará sendas vocalías en las comisiones de Sanidad y Consumo y en la mixta Congreso-Senado para el Estudio del Problema de las Drogas.

Su presencia en estas comisiones de la Cámara Alta, permitirá a la Enfermería cántabra y nacional, tener una representante conocedora de la problemática profesional lo que redundará en una defensa de los intereses del colectivo.

ENTREVISTA

Atención sanitaria integral, digna y de calidad

NUBEROS.— La Oferta Pública de Empleo, que no se acaba de poner en marcha, ¿Debe regularse por Ley el que se convoque anualmente?

ENCARNA SALMÓN.— Si, deberían existir convocatorias anuales de oferta de empleo público, pero con un sistema ágil, que permita que las convocatorias se resuelvan en un periodo de tiempo adecuado, y no se perpetúen a lo largo de varios años.

N.— En el caso de los interinos ¿Deben tener los mismos derechos a la hora de conseguir los grados de la carrera profesional?

E.S.— Creemos que la carrera profesional debe desarrollarse bajo los principios de universalidad e irreversibilidad, reconociendo los méritos de los profesionales y premiando su esfuerzo en el ámbito asistencial, docente e investigador.

N.— El Gobierno de Cantabria está en trámite de regular los servicios de los centros geriátricos y desde el Colegio de Enfermería se pretende que la enfermería tenga un papel relevante y obligatorio en la atención a los ancianos ¿Cual es la opinión del Partido Popular en esta materia?

E.S.— El papel de la enfermería es básico en la atención de los centros geriátricos y en los de atención a personas en situación de dependencia. Deben reforzarse y aumentar los equipos multidisciplinares de los centros geriátricos, en los que por supuesto la enfermería tiene

que participar, aumentando así la calidad asistencial y social.

La normativa desarrollada en la última legislatura del PP en Cantabria establecía, de forma obligatoria, la necesidad de un ratio determinado de personal de enfermería en los centros concertados con el Gobierno de Cantabria, cualquier modificación debería ir en la línea de aumentar la presencia de personal de enfermería, máxime cuando la implantación de la ley de dependencia promueve la atención de personas con gran dependencia en centros residenciales y pretende dar una atención de calidad.

N.— Cantabria cuenta con un gran hospital y dos hospitales comarcales en Torrelavega y Laredo. Además, se está construyendo un nuevo hospital en Reinoso. Por otro lado existen treinta y cinco centros de salud. ¿Con esa estructura, está bien cubierta la atención al paciente o es necesario aumentar las infraestructuras?

E.S.— No debemos olvidar el Hospital de Castro, incumplimiento grave y flagrante del Gobierno, que en el Plan de Gobernanza prometió su finalización en el año 2008, cuando ni tan siquiera tenemos hoy la redacción del proyecto. El Hospital de Liencres está infrautilizado y su futuro próximo debiera estar siendo planificado por este Gobierno. El Hospital Psiquiátrico de Parayas se encuentra en una situación de total abandono, a pesar de las veces que hemos demandado des-



de el PP su transformación y modernización para convertirlo en un complejo hospitalario para la atención integral de las enfermedades psiquiátricas.

Hay que señalar que los últimos cuatro años han supuesto un retroceso claro en el necesario impulso a nuestras infraestructuras sanitarias y solo hay que ver lo que está ocurriendo con Valdecilla, que debiera estar completamente finalizado en estos momentos y aún le

quedan 5 años por delante...

Por otro lado, el problema no es solo el aumento o no de las infraestructuras, sino que éstas tengan la dotación necesaria de medios tanto materiales como humanos y eso también se ha convertido en un importante problema, la gestión adecuada de los recursos, que repercute de forma directa en prestar una atención al paciente adecuada, y que ha llevado en los últimos

cinco años a listas de espera inaceptables.

N.— El Hospital de Laredo sufre en la época estival una sobrecarga de trabajo ¿Conviene ampliarlo o la apuesta debe pasar por construir otro en Castro Urdiales? Se contratan enfermeras para cubrir los servicios, pero se trata de un personal eventual que muchas veces desconoce el trabajo, sobre todo en Urgencias ¿Cuales deben ser

los pasos a seguir para evitar un problema que soportan la enfermería y los pacientes?

E.S.— No es en absoluto incompatible, sino complementario. Es necesario continuar con los procesos de mejora y ampliación de nuestros Hospitales Comarcales, como el de Laredo, y reforzar y completar nuestra red hospitalaria regional con la construcción de un Hospital en Castro Urdiales. Las demandas de los ciudadanos, el volumen de actividad asistencial e indicadores de la eficacia y calidad de nuestro sistema —como las dramáticas listas de espera que hoy soportan los ciudadanos— nos obligan a ello.

Respecto al personal, el problema no es de desconocimiento del trabajo por parte del personal eventual, ya que los profesionales de enfermería están perfectamente cualificados para desarrollar su trabajo, el problema es de planificación y organización, es decir, lo que debe mejorar fundamentalmente es la gestión, sino se realiza una gestión adecuada, y es lo que esta pasando en el Servicio Cántabro de Salud, no se debe de echar la culpa al personal eventual, debería asumirse responsabilidades, por el bien de los pacientes, de los profesionales y del propio sistema.

N.— Se han producido en los últimos años dos problemas que han afectado y preocupado al colectivo enfermero: La administración de Metadona y las agresiones.

En el primero de los casos, se impuso que la Metadona se administrase en los centros de salud y que fuesen los enfermeros quienes se encargasen de su control y administración. ¿Cuál es la política que desde el PP se ofrece para mejorar la atención a los drogodependientes?

E.S.— Las personas drogodependientes, deben tener atención sanitaria integral, digna y de calidad, como el

¿Cómo es...?



resto de los ciudadanos. En relación a la dispensación de metadona en centros de atención primaria estamos plenamente de acuerdo con dos premisas claras: Que el drogodependiente esté en tratamiento de deshabituación y normalizado socialmente y

que se arbitren los recursos humanos, materiales y organizativos necesarios para una atención integral, que va mucho más allá de la simple dispensación de metadona. Fuera de estos casos, resulta fundamental mantener los programas móviles de reduc-

ción de daños.

N.– En el caso de las agresiones, tanto físicas como verbales, las enfermeras han visto como aumentan paulatinamente. En aras de evitarlo, desde el Colegio se habló con la fiscal jefe de Cantabria para que recomendase a los fiscales que tratasen las agresiones físicas con parte de lesiones como atentado a la autoridad. ¿Es necesario, además, endurecer las leyes y aumentar los sistemas de seguridad en los centros de salud y servicios de Urgencias de los hospitales? ¿Qué otras medidas, a su juicio, se deben tomar para evitar las agresiones a enfermeros?

E.S.– De hecho ya hay sentencias en esa línea, pero además debe elaborarse un plan eficaz de prevención de agresiones al personal que trabaja en los centros sanita-

rios, educar a la población, recuperar los valores y dar un buen servicio al usuario desde su entrada hasta su salida del sistema sanitario.

El partido Popular ha sido consciente de esta problemática y Madrid ha sido la primera comunidad autónoma que ha puesto en marcha en marzo de 2004 una orden por la que la Consejería de Sanidad y Consumo establece las directrices y líneas generales para la elaboración de planes de prevención y atención frente a potenciales situaciones conflictivas con los ciudadanos en los centros e instituciones sanitarias públicas y se crea la comisión central de seguimiento.

N.– La nueva titulación de Grado en Enfermería va a exigir un cambio en los estudios y la adaptación de los diplomados a la nueva titulación ¿Cuál es la visión y el planteamiento del PP en este asunto?

E.S.– En este sentido debemos desarrollar el Pacto de Bolonia.

N.– Las especialidades de Enfermería están aprobadas pero no están siendo desarrolladas. ¿Cual es la oferta del PP para facilitar el acceso a las especialidades a los trabajadores en activo? ¿Piensa que el Servicio Cántabro de Salud debe impartir todas las especialidades?

E.S.– En el primer caso, se debe cumplir la ley y desarrollar las especialidades. En el segundo caso, si no es viable ponerlas en funcionamiento al mismo tiempo, se deben ir introduciendo paulatinamente y en función de las necesidades de nuestra población.

N.– En lo referente a la prescripción enfermera ¿Cual es la opinión del PP en este tema?

E.S.– Es necesario regularizar la práctica diaria, pero desde el consenso de los profesionales, promoviendo una norma en el que estén representados todos y evitando vacíos legales.



Porque para los pacientes vuestra sonrisa es importante!!

Agradecemos vuestra dedicación cuidando de vuestras sonrisas



Dental Uno es una forma nueva de ir al dentista. Porque ponemos a tu alcance los mejores profesionales, un programa personalizado y flexible de cuidados y revisiones periódicas y, siempre que lo necesites, los tratamientos más innovadores del sector.

SERVICIOS

- Ortodoncia convencional y lingual
- Odontología Reparadora
- Implantología
- Periodoncia
- Estética Dental
- Cirugía
- Radiología
- Atención de urgencias en el día

OFERTAS ESPECIALES PARA TI

- 50% de descuento en Blanqueamiento dental
- 5% de descuento en cualquier tratamiento
- Radiografía panorámica, diagnóstico, limpieza y técnicas de cepillado gratuitas

PARA TU ECONOMÍA

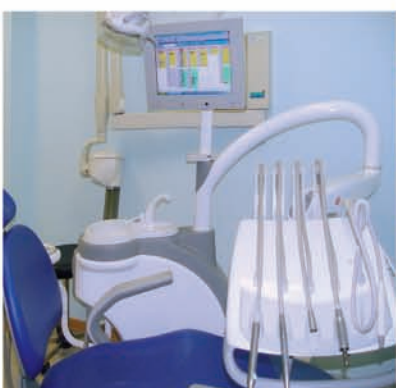
- Financiación hasta 5 años y 12 meses sin intereses

centro
odontológico

C/ Calderón de la Barca nº4
Santander - Cantabria
Teléfono 942 36 25 10

www.dentaluno.es
info@dentaluno.es

ABRIMOS DE LUNES A VIERNES DE 9H A 14H Y DE 16H A 21H.



De perfil...

DIA INTERNACIONAL DE LA MATRONA

Atención de calidad

para la mujer embarazada

El colectivo de Matronas de Cantabria ha aprovechado la cita anual dedicada a reivindicar la profesión, para solicitar el incremento del número de profesionales al servicio de las embarazadas de la región, teniendo en cuenta que, sobre todo en Atención Primaria, hay profesionales que cuentan con un ratio de 14.000 mujeres en su consulta.



La Asociación de Matronas organizó una jornada de puertas abiertas para que las parejas que esperan un hijo pudiesen conocer los pasos que se dan para el alumbramiento de un niño.

En la última década, los hospitales de Cantabria que cuentan con área de partos han experimentado un incremento de la carga de trabajo y del tiempo asistencial que las matronas deben prestar, por el aumento de nacimientos que se está produciendo. Las matronas, conscientes de que ésta situación puede ir en detrimento de la calidad asistencial, quieren impulsar y mejorar la atención que reciben las mujeres que acuden a los servicios de obstetricio-ginecología de los hospitales y centros de salud de la región. Su principal premisa es la de mejorar la estrategia de atención al parto normal, ofreciendo a las mujeres una preparación y un acompañamiento de gran calidad, al mismo tiempo que se promueve su salud integral respetando sus valores individuales.

Para ello, el colectivo reunido en la Asociación Cántabra de Matronas (ACM) reivindica un aumento del número de profesionales especializados, ya que en la actualidad el censo de especialistas lo componen 79 matronas de las cuales cuarenta y cinco fueron las encargadas de atender a los 4.433 partos que se llevaron a cabo en los hospitales de Valdecilla y Laredo. Solamente treinta y cuatro matronas ejercen su profesión en los centros de salud, lo que provoca la saturación de sus servicios y un esfuerzo adicional para ofrecer a las embarazadas la atención que se merecen, ya que los ra-

tios que manejan oscilan entre las 5.000 y las 14.000 mujeres por matrona.

Las expectativas del colectivo están puestas en la unidad docente que desde hace dos años existe en Cantabria, para la formación de matronas y en donde este año ha finalizado su preparación la primera promoción compuesta por nueve mujeres y un hombre. La formación de nuevas profesionales especializadas permitirá mejorar el servicio siempre y cuando el Servicio Cántabro de Salud incremente el número de plazas, algo a lo que se han comprometido tanto sus responsables como la vicepresidenta del Gobierno cántabro, Lola Gorostiaga, que

en los actos del Día Internacional de la matrona, recordó que está en marcha un plan para incrementar las plazas de matronas con el fin de adecuar el servicio a las nuevas competencias.

Puertas abiertas

Las matronas pretenden que se conozca más de cerca su trabajo y el lugar donde lo realizan en los hospitales. Con este fin, las profesionales que atienden los partos en los Hospitales de Laredo y Valdecilla organizaron lo que en principio iba a ser una jornada de puertas abiertas para dar a conocer su profesión. La gran demanda que tuvo la iniciativa, motivo el que se extendiese la iniciativa para que todas las futuras madres —embarazadas o con proyectos de estarlo en el corto plazo— y sus parejas conociesen sobre el terreno como cuales son los pasos que se dan para el alumbramiento de un niño.

Las visitas se llevaban a cabo de forma guiada, atendidas por dos matronas, realizan-



do el recorrido que debe hacer una par-
turienta desde que entra al Hospital por
Urgencias hasta que ingresa en una ha-
bituación con su hijo después del parto.

Día Internacional de la Matrona

Para conmemorar esta fecha, la
ACM organizó una jornada bajo el
lema 'La Matrona: eje fundamental
de los cuidados de la mujer y del recién
nacido', que fue inaugurada por el alcal-
de de Santander, Iñigo de la Serna, la vi-
cepresidenta del Gobierno de Cantabria,
Lola Gorostiaga, y los directores de Sa-
lud Pública y del Servicio Cántabro de
Salud.

Las matronas tienen un papel desta-
cado en el Plan de Salud de las Mujeres,
la estrategia de atención natural al parto
normal con mínima intervención, o el
plan de fomento a la lactancia materna
que el Gobierno de Cantabria está impul-
sando en los últimos años desde la Di-
rección General de Salud Pública.

En su intervención, Gorostiaga repa-
só algunas de las actuaciones que ya ha
puesto en marcha el Gobierno cántabro
para mejorar la atención a la salud repro-
ductiva, en alusión al Decreto sobre de-
rechos de la madre, el padre y el recién
nacido en el ámbito sanitario, el Plan de
Salud de las Mujeres, la Estrategia de
Atención al Parto normal o el Plan de fo-
mento de la lactancia materna.

La Jornada continuó con las confe-
rencias de Rosa Plata, vicepresidenta de
la Asociación Española de Matronas, so-
bre 'La construcción de la identidad pro-
fesional de la matrona', la impartida por
Enrique de la Puente, jefe de Ginecología
de Laredo, sobre 'La Matrona en el
Siglo XXI' y la de Rosa María Vaque,
matrona de Atención Primaria, sobre 'La
Matrona en Atención Primaria'.

La Jornada fue clausurada por Mi-
guel Angel Revilla, presidente del Go-
bierno Regional, quien durante su dis-
ertación ensalzó la "labor esencial" que
desempeñan las matronas en los servicios
públicos de salud y garantizó el apoyo
del Gobierno para que esta profesión
sea "distintivo de excelencia". También
aseguró que el Ejecutivo es "muy cons-
ciente" del papel "fundamental" que
corresponde a esta profesión, por lo que
seguirá trabajando para mejorar sus con-
diciones de trabajo.

A continuación, Revilla se refirió a la
acreditación de la Unidad Docente de Ma-
tronas como una de las medidas priorita-
rias que el Ejecutivo ha puesto en marcha
en los últimos años con la finalidad de pro-
mover la especialidad y fomentar la forma-
ción de nuevos profesionales.

Revilla participó en el homenaje que



La celebración del Día Internacional de las Matronas sirvió para reconocer la labor realizada por las profesionales que se han jubilado en el último año.

la Asociación Cántabra de Matronas
ofreció a trece profesionales jubiladas.
Tras visualizar una proyección con foto-
grafías de las 'Matronas de ayer', les en-

tregó un obsequio conmemorativo y se
declaró "muy orgulloso" de ellas por la
labor realizada en todos estos años de
profesión.



Primera promoción de matronas

Diez profesionales de la enferme-
ría forman la primera promoción
de residentes de enfermería obs-
tétrica-ginecológica (matrona), que ha
finalizado recientemente su formación
en Cantabria.

La Unidad Docente de Matronas está
situada en el Pabellón 16 de Valdecilla
y su finalidad es la preparación y forma-
ción de las diplomadas en Enfermería
para que sean capaces de llevar a
cabo el cuidado integral de la mujer du-
rante su ciclo reproductivo, así como el
cuidado del recién nacido sano y hasta
los veintiocho días de vida, dentro de

los programas incluidos en la cartera de
servicios de Atención Primaria.

Durante los dos años de formación,
los profesionales de Enfermería resi-
dentes tiene que compaginar las 1.200
horas de formación práctica con las 600
de teórica según estipula el programa
formativo. Los enfermeros internos resi-
dentes (EIR) rotan por el Hospital, las
consultas externas del Hospital y los
centros de salud de Atención Primaria.

Para acceder a esta especialidad de
Matrona, es necesario aprobar un exa-
men selectivo nacional, similar al que
realizan los médicos para el MIR.

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



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**

- ✓ CONCURSO-OPOSICIÓN
- ✓ PARA 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 Profesionales Sanitarias y se
regula el sistema de acreditación de la formación continuada
y Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesionales Sanitarias.

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

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



OBSEQUIOS:

- MATRICULÁNDOSE EN EL BLOQUE DE EMBARAZO, RECIBIRÁS DE REGALO JUNTO CON EL MATERIAL DE LOS CURSOS: UN REPRODUCTOR DVD-DIVX Y COLECCIÓN "EL CUERPO HUMANO DEL FUTURO" (4 DVD).
- MATRICULÁNDOSE EN CUALQUIERA DE LOS BLOQUES DE EMERGENCIAS O UCI 4 RECIBIRÁS DE REGALO JUNTO CON EL MATERIAL DE LOS CURSOS: UNA TIENDA DE CAMPAÑA.

TIENDA DE CAMPAÑA

Especificaciones:
Capacidad para 2 personas.
Panel frontal con dos puertas verticales con cremallera.
Tamaño plegada: 20,5 x 12 x 10,5 cm.
Tamaño desplegada: 190 x 120 x 110 cm.
Material: poliéster.



- Especificaciones: DVD-DIVX
- Formatos que reproduce: DVD, DivX, MPEG-4, DVD -/+ R, DVD -/+ RW, VCD SVCD, CD, CD-R, CD-RW y Kodak CD.
 - Conector USB y lector de tarjetas flash.
 - Sistema PAL/PAL60/NTSC/AUTO.
 - Soporte del formato panorámico y aspecto ajustable (4:3 o 16:9).
 - Dolby digital AC-3 incorporado.
 - 2 Descodificadores incorporados (AC-3 y DTS).
 - 8 Lenguas diferentes, 32 subtítulos y 9 ángulos.
 - Corrección de errores.
 - Bloqueo parental.
 - Consumo energía 25 W.
 - Función de zoom múltiples.
 - Función karaoke y control del eco.
 - Telecomando/manual de instrucciones.
 - Cables AV.

Una tienda de campaña por alumno. Oferta válida hasta el 22/09/08 o fin de existencias.

CURSOS A DISTANCIA

BLOQUE EMBARAZO

ATENCIÓN AL PARTO EUTÓCICO

🕒 3,9 créditos CFC - Duración 75 horas

CUIDADOS EN EL EMBARAZO PATOLÓGICO

🕒 4,1 créditos CFC - Duración 95 horas

CUIDADOS EN EL PUERPERIO Y AL NEONATO

🕒 3,0 créditos CFC - Duración 75 horas

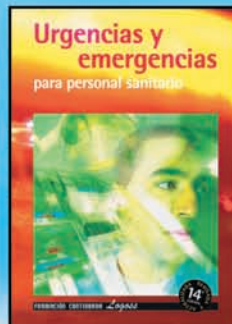
CUIDADOS DE LA EMBARAZADA SIN RIESGO.

🕒 3,4 créditos CFC - Duración 90 horas

ATENCIÓN AL PARTO DISTÓCICO

🕒 4,0 créditos CFC - Duración 90 horas

Precio conjunto de estas 5 actividades: 150 euros incluye envío urgente del material



BLOQUE UCI 4

GENERALIDADES DE LA ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN UCI

🕒 4,6 créditos CFC - Duración 100 horas

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN UCI EN PACIENTES CON PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR

🕒 4,3 créditos CFC - Duración 100 horas

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN UCI EN PACIENTES CON PATOLOGÍA RESPIRATORIA

🕒 4,1 créditos CFC - Duración 100 horas

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN UCI EN PACIENTES CON PATOLOGÍA DIGESTIVA

🕒 3,7 créditos CFC - Duración 100 horas

Precio conjunto de estas 4 actividades: 130 euros incluye envío urgente del material

ESTOS 4 CURSOS ESTÁN ACREDITADOS POR LA COMISIÓN DE FORMACIÓN CONTINUADA (MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO) PARA INICIATIVAS FORMATIVAS CERVANTES y cuentan con la colaboración y patrocinio de F. C. LOGOSS



ESTOS 5 CURSOS ESTÁN ACREDITADOS POR LA COMISIÓN DE FORMACIÓN CONTINUADA (MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO) PARA INICIATIVAS FORMATIVAS CERVANTES y cuentan con la colaboración y patrocinio de F. C. LOGOSS

BLOQUE EMERGENCIAS

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS I

🕒 4,3 créditos CFC - Duración 100 horas

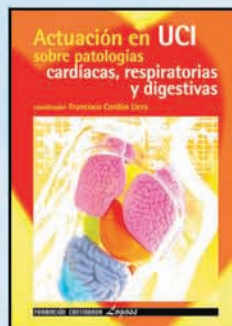
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS II

🕒 4,2 créditos CFC - Duración 100 horas

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS III

🕒 4,2 créditos CFC - Duración 100 horas

Precio conjunto de estas 3 actividades: 130 euros incluye envío urgente del material



Promoción válida desde el día 21 de junio al día 22 de septiembre de 2008 (inclusive) o fin de existencias. Todas las matrículas que no esté comprendido el pago entre estas fechas no se podrán acoger a esta promoción.

SOLICITA YA GRATUITAMENTE Y SIN COMPROMISO NUESTRO CATÁLOGO COMPLETO DE CURSOS, EL CUAL INCLUYE LA FORMA DE MATRICULARSE, O DESCÁRGATELO EN: www.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.

REPRODUCTOR DVD-DIVX + COLECCIÓN "EL CUERPO HUMANO DEL FUTURO" (4 DVD)

Especificaciones: COLECCIÓN DVD

Esta colección elaborada por la BBC consta de cuatro DVD que tratan diferentes temas relacionados con los últimos avances en investigaciones científicas en el campo de la biología humana. Cada DVD desarrolla un tema distinto e independiente del resto. Estos temas son: 1. El milagro de la regeneración. 2. Bacterias curativas. 3. Bebés a medida. 4. El "alien" que llevamos dentro. Duración aproximada de cada DVD: 50 minutos. Presentación estuche Slim + caja de cartulina.

Un pack por alumno. Oferta válida hasta el 22/09/08 o fin de existencias.



Valoración positiva de la consulta de enfermería en la mejora del cumplimiento en el uso de CPAP en pacientes diagnosticados de apnea del sueño

Autoras:

**Olga Cantalejo Martín,
Enma Alonso Palacio y
Montserrat Martínez Seco**

(DUEs de la Unidad de Sueño y Ventilación del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla)

Trabajo ganador del VI Premio de Investigación 'Sor Clara' del Colegio de Enfermería de Cantabria, dotado con 4.507 euros donados por Caja Cantabria

1.- ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA.

Tomando como referencia el Consenso nacional sobre "Apnea- Hipopnea del sueño (SAHS)" podemos definir esta enfermedad como: de una alteración anatómico-funcional de la vía aérea superior (VAS) que conduce a su colapso, provocando descensos de la saturación de oxihemoglobina (SaO₂) y microdespertares que dan lugar a un sueño no reparador, somnolencia diurna excesiva, trastornos neuropsiquiátricos, respiratorios y cardíacos.⁽¹⁾

Diferentes estudios epidemiológicos llevados a cabo en Estados Unidos y en Europa han evidenciado que el SAHS es una enfermedad muy prevalente que afecta entre 4-6% de hombres y 2-4% de las mujeres en la población general adulta de edades medias.⁽²⁾

Además, la prevalencia del SAHS aumenta claramente con la edad⁽¹⁾. Por otra parte, se ha mostrado que el SAHS está asociado con el deterioro de la calidad de vida, la presencia de hipertensión arterial, el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares y está relacionada con la aparición de accidentes de tráfico. Así mismo, se acepta un exceso de mortalidad asociado al SAHS⁽³⁾. Por otra parte, se dispone de tratamientos eficaces. Por ello y considerando las complicaciones médicas del SAHS, así como las repercusiones socio-laborales y su negativo impacto en la calidad de vida y supervivencia; se afirma que esta enfermedad es un problema de salud pública que obliga al médico a identificar los pacientes subsidiarios de tratamiento. Incluso, recientes estudios han demostrado que no diagnosticar y por ende no tratar a los pacientes con SAHS supone un consumo de recursos 2-3 veces mayor que el de la población sin SAHS⁽⁴⁾.

A pesar de todos estos

datos sobre la relevancia del SAHS, los estudios realizados en los diferentes sectores de edad, evidencian que en España existen entre 1.200.000 y 2.150.000 sujetos portadores de un SAHS relevante, y por tanto, subsidiarios de ser tratados. No obstante, tan sólo se ha diagnosticado y tratado entre el 5-9% de esta población. Por lo que estamos muy lejos de haber alcanzado una situación óptima. Por otra parte, las unidades de sueño disponibles en España, aunque su número se ha triplicado en los últimos nueve años⁽⁵⁾, son insuficientes, y no están adecuadamente dotadas para atender esta demanda creciente, originándose inaceptables listas de espera, que a veces llegan a uno o más años antes de materializarse en la realización de una prueba de sueño⁽¹⁾.

En general se trata de pacientes obesos -aunque la enfermedad no es exclusiva de éstos, roncadorees con excesiva somnolencia diurna (ESD) que es clínicamente relevante. Los factores de riesgo más importantes son: el sexo, con una relación entre hombres y mujeres de 1-3 en las edades medias, aunque tiende a igualarse con la menopausia y en las edades avanzadas. Otro factor de riesgo importante es la obesidad. En este sentido, la propia obesidad puede actuar como variable de confusión, dado que se ha visto que está relacionada de manera independiente con la aparición de excesiva somnolencia diurna en sujetos sin SAHS⁽⁶⁾. Finalmente, son factores agravantes el consumo de alcohol, el tabaco y dormir en decúbito supino.

Los síntomas más frecuentes son: Excesiva somnolencia diurna, ronquidos y pausas respiratorias repetidas durante el sueño, observados por el compañero-a de dormitorio. En los casos más severos pueden aparecer lentitud intelectual o dificultad de concentración, cansancio matutino (especialmente en mujeres), cefalea y nicturia.

No es infrecuente que es-

tos pacientes hayan sufrido accidentes de tráfico o “casi-accidentes” debido a la somnolencia durante la conducción de vehículos, padezcan hipertensión arterial o tengan antecedentes de cardiopatía coronaria.

Con frecuencia, presentan disminución de la libido o impotencia, refieren despertares con sensación asfíctica y el compañero-a suele relatar con preocupación detalladamente los episodios de apneas-hipopneas durante la noche de las que ha sido testigo.

El tratamiento del SAHS tiene como objetivo resolver los signos y síntomas de la enfermedad, normalizar la calidad de sueño, índice de apnea-hipopnea (IAH) y desaturación de hemoglobina. Reducir el riesgo de complicaciones sistémicas y, en el área de la salud pública, disminuir los costos directos e indirectos que esta enfermedad acarrea.

Como Medidas generales de tratamiento deben incluirse una adecuada higiene de sueño⁽⁷⁾, medidas posicionales si éstas influyen en la severidad de la enfermedad, evitando en la medida de lo posible el decúbito supino, evitar ingesta ansiolíticos y, por supuesto, reducción de peso en aquellos casos en los que exista obesidad, ya que aunque no se puede afirmar que la obesidad sea la causa de la apnea del sueño, sí que existe una fuerte vinculación entre ambos.

Hoy día la Apnea del sueño puede comportarse como una enfermedad crónica con un tratamiento eficaz.

El tratamiento de elección en el SAHS y la evidencia científica es ya hoy día inquestionable, es la CPAP.

La CPAP fue desarrollada por Colin Sullivan en 1981⁽⁸⁾ y consiste en una turbina que transmite una presión predeterminada a través de una mascarilla nasal adaptada a la cara del sujeto y fijada con un arnés con lo que se cierra el circuito. De esta forma se produce una auténtica “férula neumática” que transmite la



presión positiva a toda la VAS impidiendo su colapso durante el sueño. El sistema genera constantemente un flujo, a través de una turbina, que por medio de un tubo corrugado se transmite a una mascarilla, habitualmente nasal.

La CPAP no actúa provocando ningún reflejo, es simplemente un fenómeno mecánico. La aplicación de la CPAP da lugar a un incremento de la sección de la vía aérea superior (VAS) que normaliza la arquitectura del sueño.

La CPAP produce remisión de los síntomas del SAHS, disminución y/o eliminación de la ESD, recuperación de la capacidad de atención. Además, el tratamiento con CPAP reduce el riesgo de accidentes de tráfico en los pacientes con SAHS y parece normalizar las cifras de tensión arterial en un porcentaje relevante de sujetos hipertensos con SAHS⁽⁹⁾. Incluso se ha sugerido un papel de este tratamiento en la insuficiencia

cardiaca.

No hay forma precisa de establecer a priori el tipo de paciente que cumplirá adecuadamente con el tratamiento y las variables edad, sexo, nivel de instrucción, grado de hipersomnia, severidad de enfermedad definida con IAH, desaturación nocturna o presión de CPAP indicada no son buenos indicadores de predicción para un buen cumplimiento. Sin embargo, los pacientes que perciben una mayor mejoría con el tratamiento, con un buen control de los efectos secundarios, son aquellos que presentan un mayor cumplimiento del tratamiento con CPAP⁽¹⁰⁾. Sin embargo, lo que subyace en todos estos estudios es que no es posible obtener un buen cumplimiento del tratamiento con CPAP sin un adecuado control y seguimiento del paciente.

La CPAP no es un tratamiento cómodo por lo que es imprescindible tener en cuenta que el mejor sistema de

control de los efectos secundarios es una buena relación con el paciente donde la indicación del tratamiento sea la correcta y la información al paciente sea suficiente.

La aparición de efectos secundarios es frecuente durante las primeras semanas de uso de CPAP. En general serán leves, transitorios y con buena respuesta a medidas locales, por ello los pacientes deberán ser seguidos estrechamente durante las primeras semanas de tratamiento.

Es importante señalar que una parte considerable de los efectos secundarios se debe a un uso inadecuado de la CPAP y de sus complementos. Por lo tanto, nunca insistiremos lo suficiente en que hay que emplear el tiempo que sea necesario en explicar a los pacientes qué es la CPAP, cómo funciona y cómo debe emplearse, así como qué cosas no son aconsejables. Este tiempo es fundamental para evitar y prevenir muchos de los efectos secundarios.

Los efectos secundarios más frecuentes se citan a continuación:

Congestión y/o obstrucción nasal, irritación cutánea, sequedad faríngea, ruido, conjuntivitis, cefalea, epistaxis, frío, insomnio, aerofagia, claustrofobia.

Todos estos efectos se pueden solucionar desde una consulta especializada de enfermería, mejorando de este modo el cumplimiento, la tolerancia a la terapia y disminuyendo la tasa de abandonos, con mejoría del control de síntomas y beneficio sobre la comorbilidad asociada al SAHS. Indirectamente se pretende conseguir una reducción del gasto sanitario y disminución de la lista de espera al evitar consultas médicas derivadas de efectos secundarios leves que podrían solucionarse desde una consulta de enfermería.

2.- HIPÓTESIS

La consulta protocolizada de enfermería es capaz de mejorar el cumplimen-

to en la utilización de CPAP en el tratamiento del Síndrome de apnea-hipopnea durante el sueño, solventando efectos secundarios del tratamiento, mejorando la adaptación y evitando abandonos.

3.- OBJETIVOS

PRIMARIOS:

- Evaluar la eficacia de una consulta protocolizada de enfermería en el cumplimiento de CPAP evaluando el número de horas de utilización diaria de la CPAP que recibieron consulta enfermería protocolizada vs. grupo control.

SECUNDARIOS:

- Evaluación del número de consultas generadas por el grupo que recibió consulta protocolizada de enfermería vs. grupo control. El número de consultas generadas incluirá consulta telefónica a la unidad y/o consulta espontánea en la unidad sin cita previa
- Valorar el nivel de reso-

- Ruido
- Conjuntivitis
- Cefalea
- Epistaxis
- Insomnio
- Otros
- Evaluar las distintas variables que influyen en el cumplimiento
- Edad, género, estado civil, profesión.
- Variables clínicas (síntomas nocturnos, cansancio diurno, escala de somnolencia valorada por escala de Epworth etc.).
- Comorbilidad, IMC.
- Variables poligráficas y/o polisomnográficas, IAH (Índice de apnea-hipopnea).
- Pruebas funcionales respiratorias.

4.- MATERIAL Y METODOLOGÍA

Se incluirán los pacientes con un diagnóstico de Apnea del sueño en los que se inicie tratamiento con CPAP prescrito por el médico especialista.

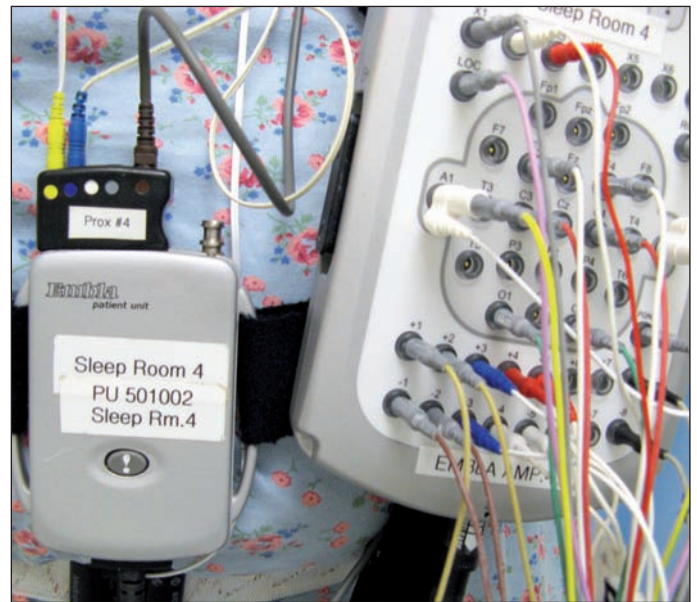


lución de problemas y efectos secundarios por parte de consulta de enfermería y la necesidad de adelantar la visita médica en ambos grupos:

- Irritación y/o lesión cutánea.
- Sequedad faríngea

En todos los pacientes se recogerán inicialmente las siguientes variables:

Origen de la petición, Género, edad, estado civil, espirometría, patología médica asociada, IAR global, valoración subjetiva somnolencia (Epworth y escala somnolen-



cia de ASDA), IMC, diagnóstico tras consulta médica.

Ambos grupos de forma conjunta recibirán instrucciones de la enfermedad que padecen, de la importancia del buen cumplimiento así como instrucciones de la utilización de la CPAP

1ª consulta de enfermería donde se instruye y se inicia tratamiento con CPAP, tras la cuál se procederá a la aleatorización de los pacientes: consulta de enfermería en el plazo (4-6 sem...) y revisión médica en 12 semanas o grupo control (sin consulta enfermería y revisión médica en 12 semanas) .

La randomización se efectuará eligiendo aleatoriamente un sobre cerrado para cada prescripción de CPAP en el que vendrá indicado, consulta de enfermería o grupo control.

Grupo Control es aquel que no recibirá consulta de enfermería hasta concluirse el estudio a las 12 semanas. Si en algún momento este grupo precisara de dicha consulta pasará a ser "Caso excluido" aunque seguirá en seguimiento y se reflejará en las conclusiones finales los motivos por los que fue apartado del estudio.

El cumplimiento de CPAP se obtendrá dividiendo el número de horas de utilización (obtenido del contador horario), por el número de días de tratamiento.

4.1- Población

Criterios de inclusión:

Serán sujetos a estudio 200 pacientes de ambos sexos, con edades comprendidas entre 18 y 75 años. Con diagnóstico de SAHS.

100 pacientes pertenecerán al grupo control y 100 serán grupo consulta enfermera.

La variable "n" con la que se realiza el estudio viene dado tras estimar una diferencia clínicamente relevante en cuanto a Cumplimiento (horas /noche de uso de la CPAP) en la comparación de grupo control – grupo de consulta de enfermería de 1 hora. Por tanto para muestras pareadas con un error alfa=0.05, un beta =0.10 , una desviación estándar de 2 y una pérdida de 15%, el tamaño de la muestra será de 200 pacientes.

Criterios exclusión:

1. Pacientes con diagnóstico previo de SAHS efectuado en otro centro y que haya recibido cualquier tipo de tratamiento.
2. Enfermedades crónicas graves o terminales.
3. Presencia de trastornos psiquiátricos significativos.
4. Negativa al trata-

miento y/o al consentimiento informado.

Reclutamiento:

Pacientes remitidos a Unidad de Sueño para estudio y que han sido diagnosticados por los neumólogos de la Unidad.

Ámbito del estudio:

Unidad de sueño y ventilación mecánica de la Unidad de Trastornos respiratorios durante el sueño del Hospital Universitario Marques de Valdecilla. Santander.

4.2- Diseño del estudio

El diseño de este protocolo de investigación es prospectivo, aleatorizado y controlado. Los pacientes serán incluidos de forma consecutiva tras ser diagnosticados en consulta médica de SAHS con prescripción de tratamiento con CPAP por los neumólogos de la Unidad.

- Grupo de consulta enfermería protocolizada: 100 pacientes
- Grupo control: 100 pacientes.

4.3 Variables y recogida de datos

La primera recogida de datos tendrá lugar el día de la consulta médica momento en el que se anotarán:

Edad, género, estado civil, profesión, comorbilidad.

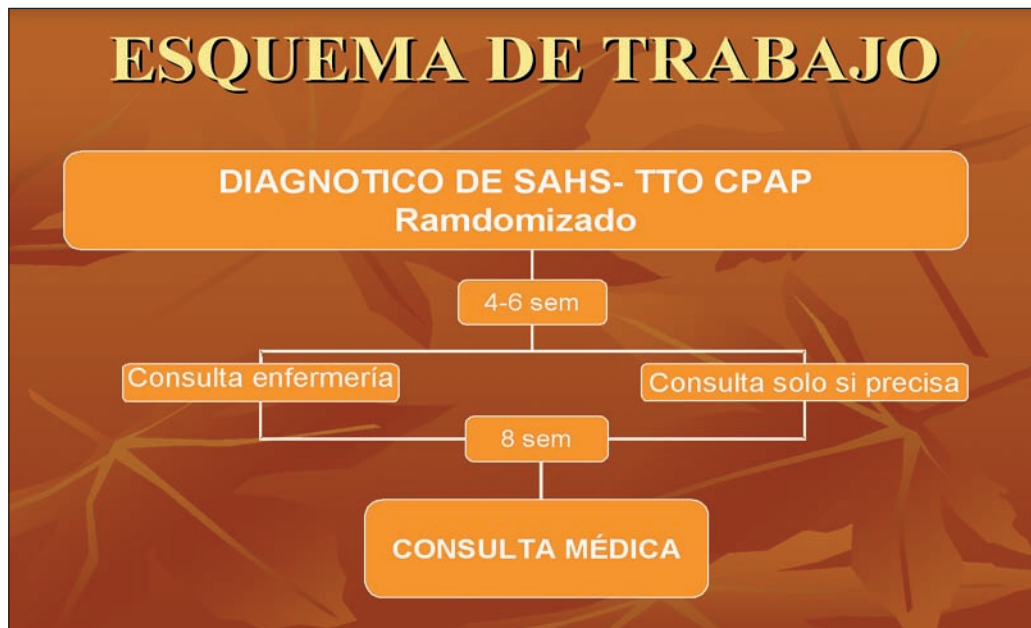
IAH según PR o PSG.

Epworth y escala somnolencia de ASDA, IMC, diagnóstico tras consulta médica.

Pruebas funcionales.
En una segunda toma de contacto el día de la consulta de enfermería anotaremos horas de uso de la CPAP (cumplimiento) a los pacientes pertenecientes al "grupo consulta".

Al finalizar el estudio se solicitará un cumplimiento de ambos grupos.

Si en algún momento del proceso un paciente precisara de una consulta enfermera presencial o telefónica, o bien adelantar la consulta médica



que tendrá fijada desde el inicio del estudio quedará registrado anotando motivo y procedimiento por parte de la enfermera así como el cumplimiento en dicho momento.

5.- ASPECTOS ÉTICOS

- a) Consentimiento informado: Se informará al paciente por escrito de la naturaleza y propósitos del estudio.
- b) Esta protocolo está sujeto a la aprobación del CEIC

6.- CALENDARIO DE TRABAJO

Cronograma del estudio:

- Período de inclusión: 12 meses
- Período de seguimiento: 12 semanas
- Tiempo total del estudio: 15 meses.

Análisis de resultados:

Coordinador Unidad de Apoyo Metodología de la Investigación, Epidemiología y Bioestadística. Instituto de Formación e Investigación "Marqués de Valdecilla" (IFIMAV)

El diseño y la metodología del proyecto así como el número de investigadores y su dedicación garantizan la correcta fiabilidad y viabilidad del proyecto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Masa JF, Montserrat JM, Duran J. Diagnostic access for sleep apnea in Spain. *Am J Respir Crit Care Med.* 2004 Jun 15;170(2):195; author reply -6.
2. Marin JM, Gascon JM, Carrizo S, Gispert J. Prevalence of sleep apnoea syndrome in the Spanish adult population. *Int J Epidemiol.* 1997 Apr;26(2):381-6.
3. Teran-Santos J, Jimenez-Gomez A, Cordero-Guevara J. The association between sleep apnea and the risk of traffic accidents. *Cooperative Group Burgos-Santander. N Engl J Med.* 1999 Mar 18;340(11):847-51.
4. Peker Y, Hedner J, Johansson A, Bende M. Reduced hospitalization with cardiovascular and pulmonary disease in obstructive sleep apnea patients on nasal CPAP treatment. *Sleep.* 1997 Aug;20(8):645-53.
5. Terán J F-GC, Cordero-Guevara J. Situación en España de los recursos diagnósticos y de los tratamientos con presión positiva continuo sobre la vía aérea en el síndrome de apneas-hipopneas obstructivas del sueño. *Arch Bronconeumol.* 2000;36:494-9.
6. Vgontzas AN, Bixler EO, Tan TL, Kantner D, Martin LF, Kales A. Obesity without sleep apnea is associated with daytime sleepiness. *Arch Intern Med.* 1998 Jun 22;158(12):1333-7.
7. Hublin C, Kaprio J, Partinen M, Koskenvuo M. Insufficient sleep--a population-based study in adults. *Sleep.* 2001 Jun 15;24(4):392-400.
8. Sullivan CE, Issa FG, Berthon-Jones M, Eves L. Reversal of obstructive sleep apnoea by continuous positive airway pressure applied through the nares. *Lancet.* 1981 Apr 18;1(8225):862-5.
9. Pepperell JC, Ramdassingh-Dow S, Crosthwaite N, Mullins R, Jenkinson C, Stradling JR, et al. Ambulatory blood pressure after therapeutic and subtherapeutic nasal continuous positive airway pressure for obstructive sleep apnoea: a randomised parallel trial. *Lancet.* 2002 Jun 19;359(9302):204-10.
10. McArdle N, Devereux G, Heidarnjad H, Engleman HM, Mackay TW, Douglas NJ. Long-term use of CPAP therapy for sleep apnea/hypopnea syndrome. *Am J Respir Crit Care Med.* 1999 Apr;159(4 Pt 1):1108-14.

Plan X ser TÚ

**PROINSA quiere
ofrecer al colectivo de
enfermería de Cantabria:**

Ven y consúltanos cuál es tu plan.



INFÓRMATE: 942 321 08

Promoción válida para compras realizadas antes del 1 de julio de 2008. Bases de la promoción depositadas ante Notario. Consulte en nuestras oficinas de venta.

CONSTRUYE

TECONSA

DELEGACIÓN CANTABRIA: Avenida de los Castros 95, bajo. Santander. Cantabria.  942 239 777

ANDALUCÍA | ASTURIAS | CANTABRIA | CASTILLA Y LEÓN | GALICIA | MADRID | COMUNIDAD VALENCIANA | PONFERRADA



Santander.

Junto a las instalaciones del Racing.

Viviendas de 1, 2 y 3 dormitorios,
con garaje y trastero.

PROINSA presenta, POR SER TÚ. El primer plan de viviendas a tu medida. Con las ventajas que siempre quisiste y con las ayudas que estabas necesitando.

Disfruta de un descuento de 6.000 € al contrato, más el primer año de hipoteca, y la cocina amueblada. Para que vivas en la ciudad que quieres y al precio que realmente puedes pagar.

DESCUENTO AL CONTRATO
6.000 €
+
PRIMER AÑO
HIPOTECA GRATIS
BASES DEPOSITADAS ANTE NOTARIO

82



OFICINA DE VENTAS EN LA ALBERICIA

942 321 082
679 697 705

Construimos *hogares.*
Promovemos *sueños.*



PROINSA
promueve

El Colegio informa...

¿PARA CUANDO EN CANTABRIA?

Baleares implanta la bioseguridad para evitar riesgos de contagio en pinchazos

La Consejería de Sanidad, de Baleares, siguiendo los pasos dados por la de Madrid y Castilla-La Mancha, ha puesto en marcha los procedimientos de seguridad y vigilancia frente al accidente con riesgo biológico. A través de este decreto se establecen las directivas para implantar los productos y procedimientos de seguridad, con la finalidad de minimizar la incidencia de accidentes con riesgo biológico en el personal de centros sanitarios públicos y privados de las Islas Baleares (por ejemplo, los derivados del uso de jeringuillas, agujas,

bisturís, entre otros).

El decreto también establece un sistema de registro y vigilancia unificada de accidentes con riesgo biológico para los centros mencionado, en donde se recogen variables espacio-temporales descriptivas del accidente, agente material, mecanismo de la lesión y factores concurrentes.

Registro, análisis y prevención

Los centros sanitarios de las islas, a través de sus servicios de prevención de riesgos laborales, han de implantar regis-

tros propios que deben constituir las fuentes primarias de información del mencionado sistema de información.

El personal sanitario encargado de la prevención de riesgos laborales debe de analizar la información y, junto con los criterios epidemiológicos, investigar las causas del accidente con riesgo biológico, proponer las medidas necesarias y evaluar las intervenciones adoptadas.

El Sistema de Información de Accidentes con Riesgo Biológico de las Islas Baleares debe estar centralizado en la Dirección General de Salud Pú-

blica y Participación de la Consejería de Salud y Consumo, que ha de analizar de forma global, sistemática y periódica las características epidemiológicas y las tendencias de la siniestralidad laboral por riesgo biológico.

El decreto estipula que es responsabilidad del empresario la protección de la salud y la seguridad del trabajador y que es obligación de la Administración sanitaria minimizar las incidencias de este tipo de accidentes entre el personal de los centros sanitarios públicos y privados de las Islas.

El Colegio de Enfermería de Cantabria desea transmitir a la Administración sanitaria de nuestra región la necesidad de aprobar y desarrollar un procedimiento similar en Cantabria, con el fin de anular este tipo de riesgos para los profesionales de Enfermería.

EL CONSEJO DE ESTADO APOYA LA LEGALIZACION

Situación actual de la prescripción enfermera

El Consejo de Estado da respuesta al informe solicitado por el Ministro de Sanidad para la definitiva aprobación de la Orden Ministerial que dote de seguridad jurídica a aquellas situaciones clínicas en las que los enfermeros toman decisiones de forma autónoma o protocolizada respecto a medicamentos. Cabe recordar que desde la aprobación de la Ley del Medicamento, los 240.000 enfermeros que trabajan en España han visto como 170 intervenciones enfermeras han pasado a ser ilegales. La causa de esta situación está en el artículo 77.1 de esta Ley que establece que los únicos profesionales que pueden prescribir son el médico y el odontólogo, lo que convierte en ilegales una gran parte de las actuaciones clínicas que realizan los enfermeros en hospitales, centros de salud y servicios de salud laboral de las empresas.

Como ha mantenido el Consejo General de Enfermería, desde la aprobación de es-

ta Ley y mientras no haya una regulación jurídica concreta, cuando las enfermeras prescriben cometen un "supuesto delito de intrusismo profesional" —cada vez que curan una herida o una úlcera utilizando medicamentos de cura, cuando dan un analgésico a un paciente, cuando ponen la vacuna de la gripe sin indicación médica específica, etc—.

El Ministro de Sanidad se comprometió a dar una solución eficaz y la solución consensuada fue el desarrollo de una disposición adicional a la Ley que regule el uso, autorización de uso y lista de medicamentos de uso por parte de enfermeros y podólogos. Dicho desarrollo se llevó a cabo y tras ser debatido y consensuado con las profesiones sanitarias y las asociaciones de pacientes y aprobado por el Congreso de los Diputados, fue enviada al Consejo de Estado, paso previo a su aprobación definitiva. Este descubrió que en el Congreso se había cometido un error al publicar la

Ley y el contenido de la disposición adicional en el que se basaba la orden ministerial no se correspondía con el texto finalmente aprobado.

El Ministerio se vio obligado a consultar al Consejo de Estado los pasos a seguir y la respuesta, con sus consideraciones, se remitió al Ministerio de Sanidad a finales de mayo:

1. El Consejo da vía libre a la legalización mediante O.M. al uso e indicación, por parte de los enfermeros, de los medicamentos no sujetos a prescripción médica.
2. El Consejo establece que

es necesario aprobar una norma específica con rango de ley respecto a la prescripción de medicamentos, hasta hoy reservada a médicos u odontólogos, y precisa que es esa la fórmula jurídica necesaria si, en virtud de las facultades y competencias de las enfermeras, en sintonía con la actividad que vienen realizando y añade que, si en un nuevo marco sanitario se estima adecuado, las autoridades pueden dotar de mayores competencias a estos profesionales en este ámbito concreto.

Apoyo de la Fiscalía General

El Consejo General se ha reunido con el Fiscal General del Estado para transmitirle su preocupación por la situación de los enfermeros con respecto a las actuaciones prescriptoras y a las agresiones durante su labor profesional.

La Fiscalía ha transmitido tranquilidad y ha señalado que, al tratarse de una situación transitoria, procurará no iniciar actuaciones en este tipo de denuncias.

En el caso de las agresiones, serán tratadas como atentado cuando los enfermeros actúen como funcionarios públicos.

FRENTE A SITUACIONES CONFLICTIVAS EN LOS CENTROS SANITARIOS

Asturias pone en marcha un plan de prevención y actuación

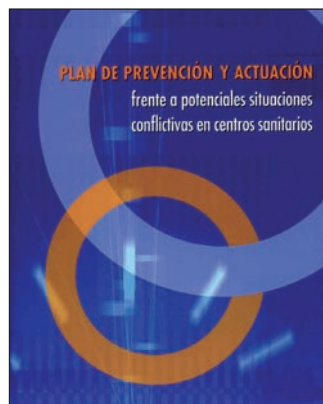
Los actos de violencia hacia los profesionales en los centros sanitarios están aumentando paulatinamente hasta alcanzar, según la OMS el 25% de los casos de violencia laboral.

El Servicio de Salud de Asturias, consciente de que no puede existir un servicio sanitario público sin un clima de mutua confianza entre quienes prestan el servicio y quienes lo reciben, ha creado un Plan de Prevención y Actuación frente a potenciales situaciones conflictivas en centros sanitarios de su región, con la doble función de abordar de forma integral la defensa de los profesionales y, al mismo tiempo, proporcionar a los ciudadanos un am-

biente relajado y sin crispación en el entorno sanitario.

Los objetivos generales del plan son:

- Prevenir potenciales situaciones conflictivas entre profesionales y usuarios del Servicio de salud de Asturias, así como de aquellas acciones que pongan en riesgo a profesionales, usuarios y bienes de nuestros servicios sanitarios.
- Proteger a los profesionales, usuarios, bienes y servicios de la violencia o agresión, mediante los medios materiales y humanos disponibles, utilizando las ayudas externas si fuese necesario.
- Dar cobertura al profesio-



nal, tanto física como psíquica, y asistencia letrada a los trabajadores afectados, así como la posterior investigación de las gerencias de las diversas áreas sanitarias en coordinación con el Servicio de Preven-

ción de Riesgos Laborales.

Para lograr los objetivos, el Plan establece una serie de actuaciones tendentes a mejorar el funcionamiento de los centros sanitarios, con actuaciones que van desde la mejora de la señalización e información en los centros, la periodicidad y el lugar donde los familiares deben recibir la información sobre los pacientes ingresados, el rediseño del mobiliario de las consultas con el fin de impedir la actuación agresora, etc.

Desde el Colegio de Cantabria reclamamos, al igual que en el caso de la bioseguridad, que el servicio Cántabro de Salud ponga en marcha de iniciativa.



URBANIZACIÓN
"Las Cerezas"

Desde solo
123.500 €

Descuento adicional
6.000 €
6 primeras reservas

575 € / mes*

financiando el 100%

ENTREGA INMEDIATA

* Cálculo orientativo 4,75% interés/35 años



TELÉFONO DE VENTAS: 666 725 163

- Pisos de 1, 2 y 3 habitaciones con vestidor.
- Plaza de Garaje y Trastero opcional.
- Bajos con Terrazas de 87 m².
- Cerámica "Porcelanosa".
- Tarima madera "Elondo".
- Carpintería de aluminio con puentes térmicos.
- Portales de Mármol Travertino.
- Videoportero.

PROMUEVE **PIEAB** CONSTRUIMOS CALIDAD



Construimos calidad
en un entorno natural

LOS JUZGADOS VUELVEN A FALLAR CONTRA EL GOBIERNO DE CANTABRIA

LOS FUNCIONARIOS INTERINOS DE ATENCION PRIMARIA TAMBIÉN COBRARÁN LA CARRERA PROFESIONAL

El Juzgado de lo Contencioso nº 1 de Santander acaba de emitir una sentencia por la que reconoce a **los funcionarios integrados en Equipos de Atención Primaria** del Servicio Cántabro de Salud el derecho a acceder a los grados de la carrera profesional con efectos retroactivos a octubre de 2006.

Ante la solicitud efectuada por algunas enfermeras tra-

bajadoras interinas del Servicio Cántabro de Salud al gabinete jurídico del Colegio de Enfermería, se reclamó al SCS a través de un recurso que recibió el 'silencio administrativo' como contestación.

Tras acudir al Juzgado de lo Contencioso/Administrativo y ver admitida la demanda, la abogada del Colegio se basó en la infracción del principio de igualdad contenida en el art. 2.1. del acuerdo que re-

gula el sistema de carrera profesional del personal estatutario del SCS y que delimita el ámbito de aplicación únicamente al personal fijo y excluye al personal funcionario integrado en los EAP, aún cuando cumplan las mismas funciones.

El Gobierno Regional reconoció extraprocesalmente el complemento para los funcionarios de carrera de las gerencias de atención primaria y es-

pecializada con efectos retroactivos a enero de 2007.

La sentencia deja bien claro que los trabajadores funcionario integrados en EAP, tienen derecho a cobrar la carrera profesional y se les debe abonar el Grado I con efectos retroactivos desde octubre de 2006, siempre y cuando cumplan los requisitos que se establecen en el acuerdo que señala el funcionamiento del Grado Profesional.



CURSO DE MUSICOTERAPIA



CURSO DE ESTIRAMIENTOS MIOFASIALES



CURSO DE RCP INFANTIL

AVISO IMPORTANTE

AQUELLOS COLEGIADOS QUE AÚN NO HAYAN REALIZADO EL CURSO DE NIVELACION DE ATS, Y DESEEN REALIZARLO, AHORA SE ABRA ULTIMO PLAZO PARA PODERLO HACER, PARA ELLO DEBERÁN INSCRIBIRSE ANTES DEL 14 DE AGOSTO EN LA SECRETARÍA DEL COLEGIO PARA PODER OPTAR A LA ¡¡ULTIMA CONVOCATORIA!!

ASESORIA DE INVESTIGACION

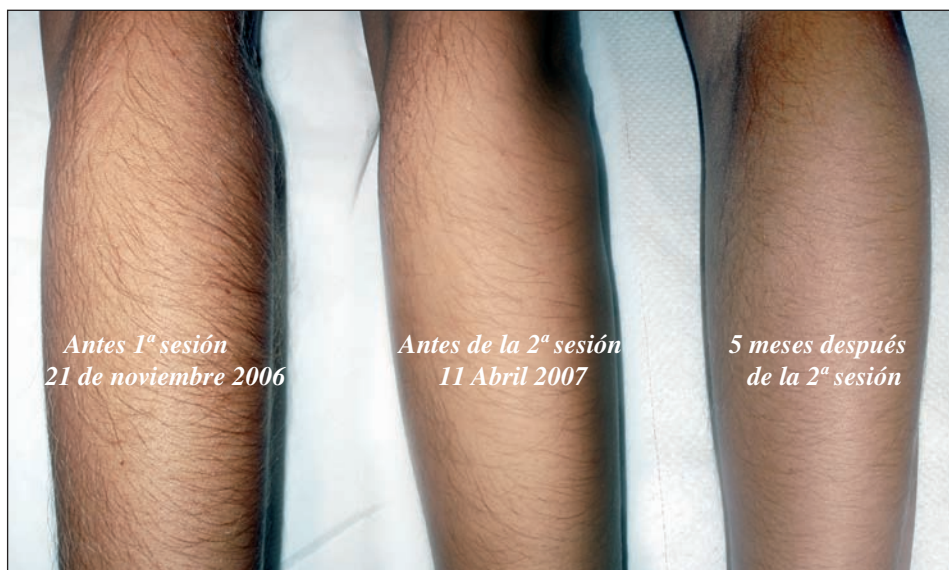
Se ha puesto nuevamente en marcha el servicio de **ASESORIA DE INVESTIGACION**, todos aquellos que estén interesados en contactar con la misma lo pueden hacer a través de la página web www.enfermeriacantabria.com ó a través de la Secretaría del Colegio en el teléfono 942 319 720.

GABINETE DE ENFERMERÍA ESTÉTICA

FOTODEPILACION

Actualmente, es el sistema más eficaz para eliminar el vello no deseado de manera permanente.

La **LUZ PULSADA INTENSA (I.P.L.)** permite realizar una fotodepilación individualizada con **resultados evidentes desde la 1ª sesión**. Hay factores que influyen en el número de sesiones necesarias: color de la piel, del pelo, zona a tratar, edad, sexo o problemas hormonales, entre otros. El intervalo entre sesiones varía de mes y medio a 2 meses o incluso más, entre las primeras, y a partir de 3 ó 4 meses entre las finales. En general, son **suficientes de 6 a 8 sesiones** en zonas corporales y alguna más en las faciales.



TRI-ACTIVE

Resultado de una nueva tecnología que combina un sistema de crioterapia localizada, capaz de reducir edemas, a través de un masaje de aspiración rítmica, que estimula el drenaje linfático y de una profunda estimulación láser que favorece el microcículo arterio-venoso y linfático. **Ideal para disminuir la celulitis, la retención hídrica, aliviar las piernas cansadas y el relajamiento cutáneo.**

*¡No lo pienses más!
LLAMANOS y te
informaremos sin compromiso*

**10% DE DESCUENTO EN
LOS TRATAMIENTOS DE
FOTODEPILACIÓN PARA
PERSONAL SANITARIO**

MICRODERMOABRASION

Elimina las capas superficiales de la piel y con ello las células muertas. Se promueve la regeneración celular y se incrementa la producción de colágeno y elastina. El resultado obtenido lo mejoramos con electroporación, mesoterapia virtual que consigue la conducción transdérmica de principios activos hasta las capas profundas de la dermis, luciendo finalmente una piel más bella.



Gabinete de Enfermería Estética
FOTODEPILACIÓN

Cita previa 942 079 777

Zoco Gran Santander, 120 - Peñacastillo (SANTANDER)

El Colegio informa...

ACUERDO SOBRE VACACIONES Y PERMISOS DEL PERSONAL DE INSTITUCIONES SANITARIAS DEL SERVICIO CANTABRO DE SALUD

Mediante Real Decreto 1.472/2001, de 27 de diciembre, se produjo el traspaso a la Comunidad Autónoma de Cantabria, de las funciones y servicios del hoy ya extinto Instituto Nacional de la Salud. Dichas funciones y servicios fueron asumidos mediante Decreto 3/2002, de 23 de enero, cuyo artículo 2 los atribuye al Servicio Cántabro de Salud, en los términos previstos en su Ley de creación, Ley de Cantabria 10/2001, de 28 de diciembre, BOC del día 31 de diciembre.

Conforme al artículo 5.2 de la citada Ley de Cantabria 10/2001, el personal del Servicio Cántabro de Salud continúa con el régimen jurídico, retributivo y de derechos pasivos establecidos en las normas que les resulten de aplicación según la naturaleza de su relación jurídica.

Tal normativa, en materia de permisos, licencias y vacaciones del personal de Instituciones Sanitarias, esta constituida, esencialmente, por el Pacto entre la Administración Sanitaria del Estado y Organizaciones Sindicales más representativas del sector, de 1 de junio de 1993, suscrito en el Ámbito de la Mesa Sectorial de la Administración Sanitaria del Estado, en desarrollo de lo previsto en el Acuerdo de 22 de febrero de 1992. Pacto modificado el 23 de julio de 1997 y el 19 de noviembre de 1998. Ello sin perjuicio de la aplicación asimismo de otra normativa general, como la Ley 39/1999, de 5 de noviembre, de Conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras.

Más recientemente, la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, que aprueba el Estatuto Marco de Personal Estatutario de los Servicios de Salud, contiene disposiciones específicas en esta materia (artículos 53 y 61) así como una remisión expresa a la regulación que se establezca en cada Comunidad Autónoma, previa negociación en los términos previstos en el capítulo III de la Ley 9/1987, de 12 de junio. Y ello sin perjuicio de mantener la vigencia, en lo que nos ocupa, del pacto citado de 1 de junio de 1993, conforme su disposición derogatoria única, 2.

Teniendo en cuenta tal contexto normativo, y previa negociación en el ámbito de la Comisión Técnica constituida conforme decisión tomada el 17 de diciembre del 2003, en la Mesa Sectorial de Personal de Instituciones Sanitarias del Servicio Cántabro de Salud, y con objeto de revisar, actualizando, el régimen de vacaciones, permisos y licencias, se ha llegado a un nuevo acuerdo sobre permisos y vacaciones del personal de Instituciones Sanitarias del Servicio Cántabro de Salud.

Destacar del mismo las medidas que se adoptan con la finalidad de promover la igualdad de trato entre los hijos/as biológicos y adoptados o acogidos, reconocer el derecho al disfrute de un permiso paternal independiente del permiso maternal, la igualdad de trato para matrimonio y parejas de hecho y, mejorar los permisos que contribuyen a la conciliación de la vida familiar y laboral.

En base a todo ello y en el seno de la Mesa Sectorial de Personal de Instituciones Sanitarias del Servicio Cántabro de Salud, reunida en fecha 11 de junio de 2004, se suscribe el siguiente:

ACUERDO

A) VACACIONES

1.- Duración.

El personal tendrá derecho a disfrutar por cada año natural completo de servicio activo de un período de vacaciones, retribuidas, de un mes natural, o 22 días hábiles, o 30 días naturales consecutivos, o los días que en proporción le correspondan si el tiempo de servicios fuera menor, a razón de dos días y medio por cada mes trabajado, tomando como referencia un período de 30 días naturales. De resultar alguna fracción de este cómputo, operará a favor del trabajador, es decir, con inclusión de la fracción de día resultante.

2.- Irrenunciabilidad.

Las vacaciones tiene el carácter de irrenunciables por lo que se disfrutarán ineludiblemente dentro del año natural a que correspondan, no pudiendo compensarse económicamente, salvo en el caso de finalización de la prestación de servicios si no se han podido disfrutar con anterioridad a la misma.

3.- Fraccionamiento.

En principio el disfrute de las vacaciones lo será de manera ininterrumpida. No obstante, a elección del interesado, las vacaciones podrán fraccionarse en dos períodos máximo cuya suma no podrá superar los 22 días hábiles.

Excepcionalmente, y si la organización del Servicio lo permite, podrá autorizarse un máximo de cuatro fraccionamientos cuyo duración mínima en cada período será de 7 días naturales consecutivos, o de 5 días hábiles, considerándose como tales de lunes a viernes.

4.- Solicitudes y calendario.

Cuando se pretenda el disfrute de las vacaciones dentro del período ordinario, la solicitud se efectuará con anterioridad al 15 de abril.

Tales peticiones se incluirán en el calendario vacacional que deberá estar aprobado y publicado antes del 30 de abril.

El calendario se realizará a propuesta de los responsables de las distintas unidades, analizadas las solicitudes del personal, y será aprobado por la Dirección Gerencia de Atención Primaria o Especializada que corresponda, garantizando en todo caso el normal funcionamiento del servicio.

Cuando se pretenda el disfrute fuera el período ordinario, la solicitud se efectuará con 15 días de antelación a la fecha de inicio del período que se pretenda disfrutar.

5.- Período de disfrute.

5.1.- El período ordinario de disfrute será del 1 de junio al 30 de setiembre, de cada año natural.

Fuera del período ordinario su autorización quedará supeditada a las necesidades asistenciales de la zona o unidad, especial-

mente en los primeros y últimos quince días del año, en aquellas categorías en las que exista dificultades de sustitución, o no sea factible la misma por el número de efectivos de plantilla con permisos en tales fechas.

5.2.- El personal que solicite las vacaciones dentro del período ordinario y, por necesidades del servicio, deban disfrutarse fuera de dicho período se le concederá un número de días complementarios de acuerdo con el siguiente cuadro:

- Febrero: 6 días.
- Marzo: 4 días.
- Abril: 4 días.
- Mayo: 3 días.
- Octubre: 3 días.
- Noviembre: 4 días.

En aquellos casos en que no se disfrute del mes completo, sino de fracción de mes, se realizará un reparto proporcional. No obstante lo anterior, y siempre que exista dotación presupuestaria, podrá negociarse descentralizadamente la posibilidad de un incentivo económico con la finalidad de compensar los días complementarios que no se disfruten, consistente en una cantidad equivalente al 50 % de la suma del sueldo base, complemento de destino y complemento específico correspondiente a los días dejados de disfrutar.

6.- Turno de vacaciones.

6.1.- Los turnos se distribuirán, respetando los acuerdos escritos adoptados por mayoría del personal, dentro de cada una de las Unidades, siempre que no se incumpla lo establecido en el presente pacto y se mantenga la funcionalidad de las distintas Unidades Asistenciales, dentro de cada estamento profesional, sin distinción de categorías. Tales acuerdos serán puestos en conocimiento de la Dirección del centro.

De no existir acuerdo se procederá a una asignación inicial por sorteo, estableciéndose sistema rotatorio que servirá de base para los años consecutivos.

6.2.- En el caso de producirse nuevas incorporaciones por traslado voluntario de personal procedente de otras Instituciones, o de otras Unidades de la misma Institución, se respetará la programación de vacaciones resultante del sorteo efectuado en ese año, y se acoplará, dicho personal, a las necesidades asistenciales de la Unidad de destino para el disfrute de sus vacaciones.

El personal que por necesidades de servicio sea trasladado de Unidad, dentro del mismo centro, con posterioridad a la fecha de publicación del calendario vacacional conservará el turno de vacaciones que le correspondió.

6.3.- Si una vez publicado el calendario vacacional, si por necesidades del servicio el turno y fecha de vacaciones del trabajador fuese modificado de forma tal que ocasionase perjuicios económicos al mismo, bien por haber efectuado reservas o adquisiciones anticipadas de billetes, se indemnizará a este por el

valor de aquellos, siempre que fuese imposible su devolución, circunstancia que deberá quedar suficientemente acreditada.

7.- Normas finales.

7.1.- De no existir denegación expresa, en el plazo de quince días, a la petición de vacaciones se entenderá que su concesión está autorizada.

La denegación deberá efectuarse por escrito indicando las concretas causas que motivan la desestimación.

7.2.- El período de vacaciones reglamentarias no podrá unirse, en ningún momento, a ningún permiso, salvo matrimonio, permiso maternal y, permiso por nacimiento, adopción o acogimiento, ni al plazo de toma de posesión para el personal trasladado.

7.3.- El personal que acceda a la jubilación deberá disfrutar, en su caso, de la parte proporcional de vacaciones que le corresponda hasta la fecha en que esté prevista la baja.

7.4.- De igual forma se actuará con aquellos que accedan a la situación de excedencia voluntaria. En este caso, si la fecha de la baja no se hubiera conocido con antelación suficiente y se hubiera disfrutado el mes entero de vacaciones, o más días de los que le correspondiesen por la prestación de sus servicios, se deducirán en la liquidación pertinente los haberes correspondientes a los días de vacaciones disfrutados en exceso.

7.5.- A aquel personal que hubiera tenido permiso sin sueldo, y disfrutado del mes entero de vacaciones, o más días de los que le correspondiesen por la prestación de sus servicios, se le deducirá igualmente en la liquidación pertinente los haberes correspondientes a los días de vacaciones disfrutados en exceso.

7.6.- De la jornada anual de trabajo se detraerán las horas correspondientes a los días de compensación señalados en el punto 5-2 anterior.

7.7.- Se interrumpirá el disfrute de las vacaciones cuando medie internamiento hospitalario o patología grave, acreditados, y en caso de baja por maternidad cuando esta situación coincida con el período vacacional, pudiendo tomarse los días no disfrutados en un período independiente o acumularse a otros períodos pendientes, dentro del año natural.

7.8.- Cuando sobrevenga una situación de Incapacidad Temporal con anterioridad o el primer día del comienzo del período de la vacación anual, podrá solicitarse el cambio de período de disfrute, el cual quedará supeditado a las necesidades del servicio en lo que se refiere a las fechas de disfrute nuevamente solicitadas por el trabajador.

7.9.- Los Facultativos Especialistas de Área con nombramiento estatutario de carácter eventual para la realización de atención continuada en atención especializada, regulado en el artículo 54 de la Ley 66/1997, tendrán derecho al disfrute de un período de vacaciones retribuidas en las mismas condiciones que el resto del personal incluido en el ámbito de aplicación del presente acuerdo. Las retribuciones a abonar durante las vacaciones serán las equivalentes a un promedio de las percibidas en los tres me-

ses anteriores a su disfrute.

B) PERMISOS

1. CON SUELDO.

1.1.- Días por asuntos particulares. A lo largo del año, el personal tendrá derecho a disfrutar seis días de licencia o permiso por asuntos particulares o, lo que es lo mismo uno por cada 2 meses completos trabajados.

Tales días no podrán acumularse en ningún caso a las vacaciones anuales retribuidas.

Su disfrute estará supeditado en todo momento a las necesidades del servicio.

El período de su disfrute abarcará desde el día 1 de enero hasta el 15 de enero del año siguiente.

Se solicitarán por escrito con antelación mínima de 15 días, salvo en supuestos excepcionales y deberán ser contestados por escrito en el plazo de una semana, entendiéndose concedidos en caso contrario.

La denegación deberá efectuarse por escrito indicando las concretas causas que motivan la desestimación.

1.2.- Días 24 y 31 de diciembre y día del Sector Sanitario. Los días 24 y 31 de diciembre se considerarán inhábiles, manteniéndose en todo caso la cobertura de los servicios asistenciales imprescindibles para la población. Y sin perjuicio de su consideración como festivo a efectos retributivos.

Con el mismo carácter se concederá un día para disfrute del personal de Instituciones Sanitarias del Servicio Cántabro de Salud.

Dada la celebración el 7 de abril de cada año del día Mundial de la Salud se fija como criterio general que el día del sector coincida con tal fecha, sin perjuicio de la posibilidad de trasladar su celebración a otra fecha.

1.3.- Matrimonio. Por razón de matrimonio, previa solicitud y justificación, se disfrutará de 15 días naturales ininterrumpidos, entre los que estará incluido el día del hecho causante del permiso.

El permiso podrá acumularse a las vacaciones u a otro tipo de permisos, previa solicitud y condicionado a las necesidades del servicio.

Se asimila a los efectos de este permiso por matrimonio, la pareja de hecho, inscrita en Registro Público establecido al efecto.

1.4.- Por necesidades familiares.

1.4.1.- Por el nacimiento, acogimiento o adopción de un hijo/a. Por el nacimiento, acogimiento o adopción de un hijo/a, se concederá al padre un permiso de 15 días naturales consecutivos, salvo que se tenga derecho al permiso previsto en el artículo 1-7-2 y lo disfrute.

Durante el período de disfrute de este permiso no podrán prestarse otros trabajos o servicios retribuidos.

1.4.2.- Por el fallecimiento, accidente o enfermedad grave de un familiar. Por el fallecimiento, accidente o enfermedad grave de un familiar dentro del primer grado de consanguinidad o afinidad se concederán permisos de 3 días hábiles, cuando el suceso acaezca dentro de la misma localidad o en distinta que diste menos de 40 kilómetros; 4 días hábiles cuando sea necesario desplazarse a otra localidad que diste de la de partida una distancia comprendida en-

tre 40 y 100 kilómetros, y 5 días hábiles cuando el desplazamiento sea a otra localidad que diste más de 100 kilómetros.

Cuando se trate del fallecimiento, accidente o enfermedad grave de un familiar de segundo grado de consanguinidad o afinidad se concederán permisos de 2 días hábiles cuando el suceso acaezca dentro de la misma localidad o en distinta que diste menos de 40 kilómetros; 3 días hábiles cuando sea necesario desplazarse a otra localidad que diste de la de partida una distancia comprendida entre 40 y 100 kilómetros y 4 días hábiles cuando el desplazamiento sea a otra localidad distante más de 100 kilómetros. Por localidad de partida se entenderá la del puesto de trabajo.

A los efectos de este pacto se extienden los permisos establecidos en relación no solamente a los cónyuges sino también a las parejas de hecho, siempre que acrediten debidamente dicha circunstancia mediante certificado expedido por el Registro Público correspondiente, o mediante certificado de convivencia.

Se entenderá por enfermedad grave la dolencia o lesión física o psíquica con secuelas permanentes que limiten la actividad habitual, con independencia de su hospitalización. Igualmente se entenderá como enfermedad grave la intervención quirúrgica con anestesia general, independientemente de la gravedad de la dolencia. Así como la simple hospitalización, incluida la Cirugía mayor ambulatoria y hospitalización de día.

A efectos del cómputo del permiso, se realizará desde la fecha indicada en la solicitud, siempre que el hecho causante se mantenga durante el disfrute del permiso.

1.5.- Permiso para exámenes prenatales y técnicas de preparación al parto. Las trabajadoras embarazadas tendrán derecho a ausentarse del trabajo, para la realización de exámenes prenatales y técnicas de preparación al parto, previa solicitud y justificación de la necesidad de su realización dentro de la jornada de trabajo y con suficiente acreditación de la asistencia a tales sesiones.

1.6.- Por lactancia de hijo/a menor de doce meses. La empleada, o el empleado en el caso de que ambos trabajen, tendrá derecho a una hora diaria de ausencia del trabajo por lactancia de un hijo/a menor de 12 meses, que podrá dividirse en dos fracciones. Este derecho podrá sustituirse por una reducción de la jornada normal en media hora al inicio y al final de la jornada, o en una hora al inicio o al final de la jornada, con la misma finalidad. Cuando existan dos o más hijos menores de 12 meses, el tiempo de permiso se multiplicará por el número de hijos a cuidar.

Si las características organizativas no lo impiden, se posibilitará el disfrute de dicho permiso, previa solicitud de las personas interesadas, acumulando las horas que resten del mismo ininterrumpidamente y a continuación del permiso por maternidad. En caso de acumulación de todo el permiso de lactancia, esta será de un máximo de 4 semanas.

El disfrute por el padre requerirá que con la solicitud se acredite la condición de trabajadora de la madre y el no disfrute por la misma del permiso.

1.7.- Por maternidad, paternidad, adopción y acogimiento.

1.7.1.- En el supuesto de parto, la duración del

El Colegio informa...

permiso será de dieciséis semanas ininterrumpidas, ampliables en el caso de parto múltiple en dos semanas más por cada hijo a partir del segundo. El permiso se distribuirá a opción de la empleada siempre que seis semanas sean inmediatamente posteriores al parto. En caso de fallecimiento de la madre, el padre podrá hacer uso de la totalidad o, en su caso, de la parte que reste del permiso.

No obstante lo anterior, y sin perjuicio de las seis semanas inmediatas posteriores al parto de descanso obligatorio para la madre, en el caso de que la madre y el padre trabajen, ésta, al iniciarse el período de descanso por maternidad, podrá optar por que el padre disfrute de una parte determinada e ininterrumpida del período de descanso posterior al parto, bien de forma simultánea o sucesiva con el de la madre, salvo que en el momento de su efectividad la incorporación al trabajo de la madre suponga un riesgo para salud.

En los casos de parto prematuro y en aquellos en que, por cualquier otra causa, el neonato deba permanecer hospitalizado a continuación del parto, el permiso, podrá computarse, a instancia de la madre o en su defecto del padre a partir de la fecha del alta hospitalaria. Se excluye de dicho cómputo las primeras seis semanas posteriores al parto, de suspensión obligatoria.

1.7.2.- En los supuestos de adopción o acogimiento tanto preadoptivo como permanente, de menores, el permiso tendrá una duración de dieciséis semanas ininterrumpidas ampliables en el supuesto de adopción o acogimiento múltiple en dos semanas más por cada hijo/a a partir del segundo, contadas a elección del empleado/a bien a partir de la decisión administrativa o judicial de acogimiento, bien a partir de la resolución judicial por la que se constituya la adopción.

En caso de que la madre y el padre trabajen, el permiso se distribuirá a opción de los interesados, que podrán disfrutarlo de forma simultánea o sucesiva, siempre con períodos ininterrumpidos.

En los casos de disfrute simultáneo de períodos de descanso, la suma de los mismos no podrá exceder de las dieciséis semanas previstas en los apartados anteriores o de las que corresponda en caso de parto múltiple.

En los supuestos de adopción internacional cuando sea necesario el desplazamiento previo de los padres al país de origen del adoptado, el permiso previsto para cada caso en el presente apartado, podrá iniciarse hasta cuatro semanas antes de la resolución por la que se constituye la adopción.

1.7.3.- Los permisos a que se refiere el presente apartado 1-7 podrán disfrutarse en régimen de jornada completa o a tiempo parcial, a solicitud del personal siempre que sea de modo ininterrumpido y si lo permiten las necesidades asistenciales. En todo caso no podrán prestarse otros trabajos o servicios retribuidos en tal situación.

Requisitos para que pueda disfrutarse el permiso a tiempo parcial:

Será imprescindible la solicitud previa con una antelación de quince días hábiles, debiendo dictarse resolución con una antelación mínima de cinco días naturales a la fecha de disfrute pretendida.

Dicha solicitud podrá realizarse tanto al inicio del descanso correspondiente como en un momento posterior y podrá extenderse a todo el período o parte del mismo ajustándose a las siguientes reglas:

- Este derecho podrá ser ejercido tanto por la madre como por el padre y en cualquiera de los supuestos de disfrute simultáneo o sucesivo del período de descanso.

- En el caso de parto, la madre no podrá hacer uso de esta modalidad de permiso durante las seis semanas inmediatas posteriores al mismo, por ser de descanso obligatorio.

- El período durante el que se disfrute el permiso se ampliará proporcionalmente en función de la jornada de trabajo que se realice la cual se fijará a elección del empleado/a no pudiendo ser inferior en cualquier caso a la mitad de su jornada ordinaria.

- El disfrute del permiso será ininterrumpido. Una vez acordado solo podrá modificarse por iniciativa del interesado/a y debido a causas relacionadas

con su salud o la del menor.

- Durante el período de disfrute no podrá la persona beneficiaria prestar servicios extraordinarios fuera de la jornada de trabajo que como consecuencia de la concesión de este permiso realice.

- Será incompatible con el disfrute simultáneo por la misma persona de los permisos por lactancia, nacimiento de hijos prematuros y reducción de jornada por guarda legal.

1.8.- Por traslado de domicilio. El personal al servicio de las Instituciones Sanitarias del Servicio Cántabro de Salud, podrá solicitar un día de permiso cuando se trate de traslado de domicilio en la misma localidad, y dos días si es a distinta localidad, lo que se justificara mediante la presentación de certificación expedida por el Ayuntamiento correspondiente.

1.9.- Por formación y exámenes.

a) Para concurrir a exámenes finales y demás pruebas definitivas de aptitud y evaluación de Centros Oficiales, durante el día de su realización.

La Administración facilitará la asistencia para concurrir a exámenes académicos no finales celebrados en Centros Oficiales en la medida que lo permitan las necesidades del Servicio.

b) El tiempo de asistencia a los cursos de formación programados por la Administración y las Organizaciones Sindicales, para la capacitación profesional o para la adaptación a un nuevo puesto de trabajo, comprendidos en los planes previstos por el Acuerdo de Formación Continua se considerara tiempo de trabajo a todos los efectos, cuando los cursos se celebren dentro del horario de trabajo. El mismo tratamiento deberá darse a los demás cursos de formación

programados por la misma Administración Sanitaria y a los programados por las Organizaciones Sindicales en base a los Convenios firmados con el Servicio Cántabro de Salud en el marco del Consejo Superior de Formación.

c) Para facilitar la Formación Profesional y el desarrollo personal de los profesionales de las Instituciones Sanitarias del Servicio Cántabro de Salud se concederán permisos retribuidos, con un límite máximo de 42 horas al año para asistencia a cursos de perfeccionamiento profesional distintos de los contemplados en el apartado a) anterior y para la asistencia a Congresos, Jornadas y Simposiums, etc... y cuyo contenido este directamente relacionado con el puesto de trabajo o la correspondiente carrera profesional, previo informe favorable del superior jerárquico co-

rrespondiente y siempre que la gestión del servicio y la organización del trabajo lo permita.

d) Podrán concederse permisos con retribución total o parcial, sin perjuicio de las indemnizaciones que por razón de servicio pudieran corresponder además del abono de los gastos de matriculación, tasas y otros, en su caso, con motivo de la realización de estudios o para la asistencia a cursos de formación o especialización, cuando tengan relación directa con las funciones de los servicios sanitarios e interés relevante para el Servicio Cántabro de Salud. Podrá exigirse como requisito previo para su concesión el compromiso del interesado de continuar vinculado al Servicio Cántabro de Salud durante los plazos que se establezcan, a contar desde la finalización del permiso. El incumplimiento de dicho compromiso implicará la devolución por el interesado de la parte proporcional que resulte procedente de las cantidades percibidas durante el permiso.

Al finalizar el período de permiso el beneficiario presentará al Órgano competente para su concesión, una memoria global del trabajo desarrollado así como una certificación académica de los estudios realizados, estando obligado, en caso contrario, a reintegrar las cantidades percibidas.

1.10.- Para el cumplimiento de un deber inexcusable de carácter público o personal.

Podrán concederse permisos por el tiempo indispensable para el cumplimiento de un deber inexcusable de carácter público o personal.

Se entiende por deber inexcusable la obligación que incumbe a una persona cuyo incumplimiento le genera una responsabilidad de índole civil, penal o administrativa, tales como:

- Asistencia a Juzgado o Tribunales de Justicia, previa citación.

- Asistencia a Plenos o Comisiones Informativas o de Gobierno de las Entidades Locales, así como la asistencia a Sesiones de Pleno y de las Comisiones de las Asambleas Legislativas de las Comunidades Autónomas, por miembros de las mismas, siempre que no conlleven un régimen de dedicación exclusiva. En los supuestos previstos en este apartado las retribuciones a percibir se ajustarán a lo establecido en el art. 5.2 de la Ley 53/1984, de 26 de diciembre, de Incompatibilidades del Personal al Servicio de las Administraciones Públicas.

- Cumplimiento de los deberes ciudadanos derivados de consultas electorales.

- Desempeño de la función de Jurado.

- Cualesquiera otro deber inexcusable público o personal.

1.11.- Por asistencia a Tribunales o Comisiones de Selección. Se concederá permiso por el tiempo indispensable para asistir a las sesiones de los Tribunales o Comisiones de Selección, previa justificación del nombramiento, como miembro de los mismos, por autoridad competente.

1.12.- Por Funciones Sindicales. Los permisos para la realización de funciones sindicales o de representación del personal, así como los derivados de la condición de miembros de Mesa Electoral, Interventor, Apoderado y Candidato a procesos electorales sindicales se concederán en los términos previstos en la normativa o acuerdos que les sean aplicables.

1.13.- Por procesos electorales. Los permisos motivados por la celebración de procesos electorales se regirán por lo dispuesto en la normativa electoral correspondiente.

A falta de previsiones específicas más beneficiosas en tal normativa, se aplicarán los siguientes criterios:

- Los empleados que sean nombrados Presidentes, Vocales o designados como Interventores de las Mesas Electorales tendrán derecho a un permiso de jornada completa durante el día de la votación y del día inmediatamente posterior.
- Los empleados designados como Apoderados tendrán derecho al permiso de jornada completa durante el día de la votación.
- Los empleados nombrados suplentes de los Presidentes o Vocales tendrán derecho a los mismos permisos en el caso de ejercer la suplencia.

En cualquier caso dispondrán de permiso durante el tiempo indispensable para acudir al acto de constitución de la Mesa Electoral.

1.14.- Permisos para colaborar en Programas de Cooperación y Ayuda. Humanitaria en situaciones de emergencia y catástrofe generalizada, declarada por los Organismo competente

Este permiso retribuido tendrá una duración mínima de un mes y máxima de tres meses. Podrá concederse por una duración superior, o inferior, en función de una necesidad suficientemente justificada.

Los programas y proyectos de ayuda y cooperación en los que se participe deberán estar organizados por Organismos oficiales, Organizaciones internacionales gubernamentales y ONGs acreditadas.

Durante el permiso el interesado percibirá todas las retribuciones que venía percibiendo en su puesto de origen, no pudiendo percibir compensación económica por parte de otra Organización directamente relacionada con la actividad desarrollada durante el permiso.

Estos permisos podrán ser concedidos al personal con plaza en propiedad y al interino de vacante de plantilla, el cual, sin embargo quedará sometido a todas las vicisitudes que pueda sufrir la plaza que ocupa.

1.15.- Por hospitalización de hijos a continuación del parto. En los casos de nacimiento de hijos prematuros o que por cualquier causa deban permanecer hospitalizados a continuación del parto, el personal que haya ejercido la opción de interrupción del cómputo del permiso por maternidad hasta la fecha del alta, tendrá derecho a ausentarse del trabajo, hasta un máximo de dos horas. Su concesión quedará sujeta al normal funcionamiento del servicio.

2. CON REDUCCION PROPORCIONAL DE RETRIBUCIONES.

2.1.- Reducción de jornada por guarda legal. El personal que por razones de guarda legal tenga a su cuidado directo:

- Menor de seis años.
- Anciano/a que requiera especial dedicación.
- Disminuido/a Físico, Psíquico o Sensorial igual o superior al 33% que no desempeñe actividad retribuida.
- Familiar hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad que por razones de edad, accidente o enfermedad no pueda valerse

por sí mismo y no desempeñe actividad retribuida.

Podrá solicitar una reducción de jornada de un tercio o un medio, con la reducción proporcional de sus retribuciones.

La concesión de la reducción de jornada por razón de guarda legal será incompatible con la realización de cualquier otra actividad, sea remunerada o no, durante el horario que ha sido objeto de reducción.

La concreción horaria y la determinación del período de disfrute del permiso corresponderá al empleado/a.

La reincorporación a la jornada ordinaria deberá preavisarse por escrito con quince días de antelación.

Cuando concurren varias solicitudes de miembros de la misma unidad familiar, el disfrute del permiso no podrá realizarse en la misma franja horaria.

La existencia de guarda legal se acreditará documentalmente y de forma suficiente a criterio del órgano competente para conceder el permiso.

3. SIN SUELDO.

3.1.- Por asuntos propios. El personal podrá solicitar permiso por asuntos propios cuya duración acumulada, como máximo, no podrá exceder de tres meses cada año.

Excepcionalmente se podrán conceder permisos sin sueldo de duración superior a 3 meses para el disfrute de becas, realización de viajes de formación, cursos, etc., que contribuyan al perfeccionamiento profesional del solicitante.

Como efectos del permiso no se tendrá derecho a retribución alguna, sin perjuicio de ser computable a efectos de antigüedad para el cumplimiento de trienios pero no como servicios prestados, y en el caso de personal interino en vacante quedará sometido a todas las vicisitudes que pueda sufrir la plaza que ocupa como tal.

Las peticiones de permiso sin sueldo habrán de estar convenientemente motivadas con objeto de valorar su posible autorización.

La concesión o denegación en todo caso será expresa, y en caso de denegación debidamente motivada.

Con carácter general podrá solicitarse meses completos o quincenas naturales.

Las solicitudes que no superen 1 mes deberán formularse con una antelación mínima de 15 días hábiles.

Aquellas que sean superiores a 1 mes deberán efectuarse con una antelación mínima de 1 mes.

La renuncia a los permisos, una vez concedidos, habrán de efectuarse con 7 días hábiles para los que no superen un mes y 15 días hábiles para los que lo superen.

No se podrá renunciar al permiso una vez concedido el mismo si se ha formalizado un contrato de sustitución.

Con carácter general y salvo situaciones absolutamente excepcionales y debidamente justificadas no se concederán permisos sin sueldo durante los períodos vacacionales y los períodos festivos en cada localidad, incluyendo los meses de diciembre y aquel en que coincida la Semana Santa.

Si las fiestas de Navidad o Semana Santa coinciden dentro del cómputo de un período de tres meses ello no impedirá la concesión del permiso.

Durante el disfrute del permiso no podrán realizarse otras actividades laborales incompati-

bles o sujetas a reconocimiento previo de compatibilidad.

3.2.- Para colaboración en Programas de Cooperación y Ayuda al Desarrollo. Se podrá conceder permiso sin sueldo para participar en programas y proyectos de ayuda y cooperación al desarrollo, gestionados por Organismos oficiales, Organizaciones internacionales gubernamentales y ONGs debidamente acreditadas.

Con carácter general el permiso tendrá una duración máxima de tres meses y su concesión quedará condicionada a las necesidades del servicio determinadas por las posibilidades de cobertura de la plaza. Excepcionalmente estos permisos podrán concederse con una duración superior a los tres meses, en función de la necesidad justificada del programa a desarrollar.

El procedimiento para su concesión será el mismo que el establecido para el permiso sin sueldo por asuntos propios del apartado 3.1.

Este tipo de permisos podrán ser concedidos al personal con plaza en propiedad y al interino, el cual sin embargo, quedará sometido a todas las vicisitudes que pueda sufrir la plaza que ocupa como tal. El tiempo que el propietario permanezca disfrutando de estos permisos se computará a efectos de antigüedad para el cumplimiento de trienios, pero no como servicios prestados.

4. OTROS PERMISOS.

Podrán concederse permisos, no retribuidos o con retribución parcial, en los supuestos a los que se refiere el art. 61-4 de la Ley 55/2003, del Estatuto Marco, supeditados en todo caso a las necesidades del servicio.

5. NECESIDADES DEL SERVICIO.

Las alegaciones a las necesidades del servicio contenidas en las resoluciones de solicitudes deberán ser objetivas y estar suficientemente motivadas

C) ÁMBITO DE APLICACION

El presente acuerdo será de aplicación al personal de los ámbitos de Atención Primaria, Atención Especializada y Emergencias de Instituciones Sanitarias del Servicio Cántabro de Salud.

D) VIGENCIA

El presente acuerdo tendrá vigencia, una vez cumplidos los trámites para su aprobación por el Gobierno de Cantabria, desde el día siguiente a su publicación en el BOC, salvo el apartado A, en lo relativo al régimen de vacaciones, cuya vigencia será a partir del 1 de enero de 2005, si bien el apartado A-7-9) será aplicable también a partir de la publicación del Acuerdo en el BOC.

Una vez entre en vigor en tales fechas sustituirá los Pactos anteriores sobre las mismas materias.

DISPOSICION ADICIONAL

La Administración y las Organizaciones Sindicales firmantes del presente acuerdo se comprometen a iniciar de mutuo acuerdo, las oportunas negociaciones del apartado referido a Vacaciones con objeto de acordar una nueva regulación, con las disponibilidades presupuestarias relacionadas con el desarrollo de las diversas materias derivadas del Acuerdo Marco.

*Por la Administración, Amapola Blasco Marhuenda y Fernando Quintana Pando.
Por CC.OO., Carlos Ateca Gómez*

Día Internacional de la Enfermería

El Colegio celebró el pasado 23 de mayo el tradicional Día Internacional de La Enfermería con el que se pretende implantar en los colegiados el sentimiento de hermandad y colectividad necesario para defender los intereses de nuestra profesión.

Durante la jornada, celebrada en el Hotel Bahía, se llevaron a cabo una serie de actos bajo el lema propuesto por el Consejo Internacional titulado 'Servir a la comunidad y garantizar la calidad: Las enfermeras al frente de la Atención Primaria'. El programa incluía ponencias y mesas redondas dedicadas a tratar temas como la libre elección de enfermera en los centros de salud, el funcionamiento de los equipos de atención paliativa y el servicio de hospitalización domiciliaria.

El programa se abrió con la ponencia 'Nuestros 25 años de experiencia en Atención Primaria', desarrollada por las enfermeras del centro de salud Dobra, María



Teresa Díez Fernández y María Josefa Díez Lamadrid.

Posteriormente, se abrió una mesa redonda con comunicaciones sobre 'La matrona, una figura clave en el programa de la mujer en Atención Primaria', que impartió la matrona Yolanda Martín; 'Funciones específicas de Enfermería en las Unidades de Salud Mental', por la enfermera de la USM de Santander, Eduarda Malpica Gordillo; 'Consulta joven de Enfermería en Cabezón de la Sal', que expusieron las en-





Durante la Jornada se desarrollaron una serie de ponencias y mesas redondas



Se conocieron los ganadores del Premio 'Sor Clara' de Investigación en Enfermería 2008

fermeras del centro de salud de Cabezón, Rosa María Sánchez Noriega y Esther Casariego; y 'Consulta de Enfermería Pediátrica en Atención Primaria', a cargo de Inmaculada Peñalba, enfermera del centro de salud de Santoña.

Otra mesa redonda abordó el tema desarrollado por Celinda López, enfermera del equipo de Cuidados Paliativos Hospital de



En 2007 cumplieron veinticinco años de colegiación las enfermeras de la 1ª Promoción de Diplomadas de la Escuela de Enfermería y dos cualificadas representantes nos recordaron los avatares de la profesión

Día Internacional de la Enfermería...



Laredo, sobre 'Equipos de atención paliativa: puente de cuidados entre niveles asistenciales'. A continuación se trató de la 'Hospitalización domiciliaria, un eslabón más en la continuidad asistencial', impartido por Arturo Rodríguez, enfermero de hospitalización domiciliaria del Hospital Marqués de Valdecilla; y 'Continuidad de cuidados en los servicios de urgencia de Atención Primaria', por Rocío Fernández,

enfermera del SUAP-Torrelavega.

La última ponencia de la jornada versó sobre la 'Libre elección de Enfermería. ¿Una realidad en Cataluña?', un tema de actualidad desarrollado por María Teresa Ruiz Ceballos, enfermera del Servicio Salud de Cataluña.

Tras acabar con el programa técnico, más de doscientas enfermeras y enfermeros disfrutaron de una comida de herman-

dad, que estuvo presidida por el Consejero de Sanidad, Luis Truan, a cuyos postres se procedió a homenajear a los colegiados jubilados entregándoles la medalla de oro del Colegio y a los que durante 2007 celebraron los veinticinco años de profesión con la medalla de plata.

El acto sirvió también para realizar el juramento profesional por parte de los nuevos colegiados.



**ferreteria
la carredana s.o.**

**Las últimas
tendencias
en novedad y
diseño de cocinas**

Avda. de Parayas, s/n
Tel. 942 352 452 - Fax 942 352 452
SANTANDER



“Servir la comunidad y las enfermeras al frente de la

Acabamos de celebrar el Día Internacional de la Enfermería con el lema bajo el lema que figura en el titular, elegido por el Consejo Internacional de Enfermería.

La atención primaria de salud (APS) es el primer nivel de contacto con el sistema nacional de salud, pues acerca los cuidados de sanitarios a los lugares en donde viven y trabajan las personas, las familias y la comunidad en general. Por tanto, su desarrollo y adecuado funcionamiento es vital para el correcto funcionamiento del sistema sanitario.

En estos últimos años y a raíz de la revisión realizada el 29 de noviembre del 2004 en la celebración del XX Aniversario de la Atención Primaria, se está cuestionando la *necesidad de revisar y adaptar la APS como puerta de entrada al sistema Sanitario de la sociedad actual*.

En esta celebración, se concluyó que la APS debe de ser 'dinámica, en constante evolución y adaptación a los cambios sociales, culturales, demográficos y tecnológicos y, todo esto, de una manera rápida y fluida que sirva como puerta de entrada al sistema.

Otro aspecto importante que se concluyó es que *'El papel de las enfermeras es nuclear para retomar el espíritu de Alma-Ata, con activa participación como planificadora y gestora de cuidados, tomando decisiones y prestando servicios bien definidos'*.

Durante el siglo XX, se ha creado en España un sistema sanitario fuerte con una organización extensa y compleja, y un personal muy preparado técnicamente, que han hecho de los hospitales españoles una de las organizaciones tecnológicamente más avanzadas del mundo.

Fue en 1984, cuando se puso en marcha el nuevo modelo de Atención Primaria de Salud. Se crearon los programas de Atención a Crónicos y se implantaron las consultas de enfermería, cambiando radicalmente el desarrollo profesional enfermero desarrollado en los Centros de Salud. Pero con el paso de los años, es necesario retomar el planteamiento de estas consultas que funcionan casi con exclusividad en la atención a crónicos y, por tanto, de manera programada. Se diseñaron las Carteras de Servicios supeditadas fundamentalmente a patologías crónicas y no a necesidades generadoras de salud en la población y se comenzó la

consulta programada iniciando actividades de educación sanitaria, fundamentalmente dentro del centro de salud, sin tener bien claro el fin último: la prevención y la promoción de la salud. Todo ello, supuso un mejor seguimiento y atención a los crónicos, pero no recogía el espíritu de los compromisos de reforma de Alma-Ata (1978) donde se establecieron las bases de la APS.

En el inicio del siglo XXI, los recursos sanitarios típicos como hospitales y médicos influyen ya mucho menos en mejorar el nivel de salud de la población, siendo otros factores, entre ellos los cuidados enfermeros, los que correlacionan positivamente con la salud de la población.

Es difícil saber que va a pasar en el siglo XXI, pero no será extraño que la es-

El papel de la enfermera es nuclear, con activa participación como planificadora y gestora de cuidados, tomando decisiones y prestando servicios bien definidos

peranza de vida traspasase los 80-85 años de media. Por otro lado, España será el país de la Unión Europea (UE) que registrará un mayor envejecimiento, ya que según su oficina estadística, en el año 2050 el 36% de la población española tendrá más de 65 años. Ahora, tanto en la UE como en España, representan el 17% de la población.

Esta tendencia al envejecimiento, está conformando una nueva realidad de la población mayor que conlleva problemas de dependencia en las últimas etapas de la vida para un colectivo de personas cada vez más amplio. Diversos estudios ponen de manifiesto la clara correlación existente entre edad y las situaciones de discapacidad, como muestra el hecho de que más del 32% de las personas mayores de 65 años tengan algún tipo de discapacidad, mientras que este porcentaje se reduce en un 5% para el resto de la

población.

A esta situación derivada del envejecimiento, debe añadirse la dependencia por razones de enfermedad y otras causas de discapacidad o limitación, que se ha incrementado en los últimos años, por los cambios producidos en las tasas de supervivencia de determinadas enfermedades crónicas y alteraciones congénitas y también por las consecuencias derivadas de los índices de siniestralidad vial y laboral.

Otra realidad cada vez más presente en nuestro entorno es la inmigración. Por ello, se debería avanzar en el reconocimiento de derechos y libertades en una sociedad cada vez más tolerante y multicultural, tendiéndose a una protección de las minorías, entre ellas a las personas con enfermedades crónicas y con discapacidades de todo tipo, así como a una mayor y mejor atención sanitaria adaptada a las características de las mujeres y las niñas que permitan disminuir las diferencias de género que aún existen en nuestra sociedad, también en el terreno sanitario.

Cuidar será una de las necesidades más importantes del siglo XXI, teniendo en cuenta que cada vez la población dependiente es mayor y las personas más longevas. La comunidad y fundamentalmente la familia son esenciales para resolver las cuestiones de salud y los enfermeros y enfermeras especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria serán la clave para cubrir la necesidad de cuidados del siglo XXI.

La formación especializada de las enfermeras comunitarias deberá ir dirigida, principalmente, hacia un ejercicio centrado en los grupos naturales y no medicalizados de la comunidad, y hacia un ejercicio que active y estimule a la propia comunidad para que genere y movilice sus propios recursos.

Más que las desigualdades en morbilidad y mortalidad, en el siglo XXI, lo que va a existir son diferencias en los cuidados, en la prevención y en la promoción de la salud.

Lo que va a diferenciar a las personas no serán las enfermedades que pueden padecer, sino la información sobre las mismas, los riesgos que corren, así como las decisiones que se pueden ir tomando, tanto a nivel de terapéutica como de estilos de vida.

y garantizar la calidad: la atención primaria de salud”

La exclusión social ya no solo será física o de pobreza, sino de información y capacidad de manejar esa información, para mejorar y conservar la salud. Elevar el nivel de salud, al mismo tiempo que se disminuyen las desigualdades sanitarias en la población, es la meta de cualquier sistema sanitario público para el siglo XXI.

Teniendo en cuenta estos análisis, parece necesario rediseñar la nueva estructura de APS del siglo XXI, en el que las enfermeras juguemos un papel nuclear en su desarrollo dentro de un equipo multidisciplinar, llevando a cabo la gestión de cuidados, reto fundamental para el desarrollo actual de nuestro sistema sanitario.

Para ello, las Enfermeras Comunitarias debemos asumir la responsabilidad como agentes de salud, apostando por un modelo integral de cuidados cuya visión holística incluye conceptos como bienestar, autocuidado, autonomía y derecho de las personas a participar en la toma de decisiones sobre su salud.

Por eso entiendo prioritario el que en Cantabria se regularice como ya se ha ido haciendo en los últimos años en Cataluña, Madrid, Comunidad Valenciana o Navarra.

Adscripción de la población a cada profesional de enfermería y libre elección de enfermera

Es fundamental para llevar a cabo el desarrollo de las propuestas anteriores, que a cada enfermera se le adscriba una población, asignando a cada usuario una ‘enfermera comunitaria de cabecera’ a la que puedan solicitar cualquier servicio de cuidados enfermeros que precise.

¿Cómo vamos a atender la demanda de la población en la Consulta de Enfermería, si no sabemos quién es la enfermera de cada paciente o, si lo sabemos, la Administración no quiere reconocerlo y asignarlo y con el argumento de que somos integrantes del equipo se nos varía la organización de trabajo según conveniencias?

Creemos, que ya se está trabajando de manera no reconocida con la asignación de pacientes por enfermera, pues en general, la organización del trabajo en los equipos de APS determina que una enfermera atienda el cupo de unos o dos médicos del equipo. Sin embargo esos pa-

cientes que atiende esa enfermera no son su referencia para todos los posibles problemas de salud, pudiendo ser atendi-

larios de altas precoces u otros que generen actividad enfermera

- La Cartera de Servicios del equipo

Éstos, deberían ser los criterios de la Administración Sanitaria para decidir cuantas enfermeras se necesitan y que número de pacientes va a tener cada una.

Por eso, es importante, que se consolide la adscripción de población enfermera por lo que recoge ley General de Sanidad que así lo recoge. Hoy en día se ofrece que se elija lo que se entiende que es importante, lo que no se asigna. Las enfermeras creemos que los cuidados de enfermería son básicos para mejorar la calidad de vida de la población, y el Sistema ¿Qué piensa?

Para el fomento de la nueva Atención Primaria de Salud y consolidar una mayor calidad al usuario, es indispensable la adscripción de población enfermera. No podemos ir en lote. El usuario elige médico y la enfermera, como da igual, la que le toque. Día a día, se viven situaciones en las que el usuario decide cambiarse de médico y no de enfermera, pero no existe esa posibilidad, le obligan al lote completo. Los trabajos de ambos profesionales son independientes, aunque existan muchos puntos de interrelación, pero eso no obliga a una simbiosis total.

Sin duda para las enfermeras y sociedad es importante que el Servido Cántabro de Salud avance en la normalización de la libre elección enfermera dentro de un programa general de medidas que busquen retomar el espíritu inicial de la APS, surgiendo lo que los expertos han denominado “La Reforma de la Reforma”

En el Día Internacional de la Enfermería, como indica el lema de este año, quedamos al frente de la Atención Primaria de Salud, colaborando en la reorganización de los servicios para conseguir el máximo nivel de salud posible para nuestra población.

Entiendo que estamos en un momento clave de replanteamiento del trabajo de APS, en el que la enfermería deberá liderar esta nueva reforma para consolidar su trabajo como profesionales del cuidado.

Rocío Cardeñoso Herrero
Vicepresidenta 1ª de la Junta de Gobierno del Colegio de Enfermería de Cantabria

¿Cómo vamos a atender la demanda de la población en la consulta de Enfermería, si no se sabe quién es la enfermera de cada paciente o, si lo sabemos, la Administración no quiere reconocerlo y asignarlo, con el argumento de que somos integrantes del equipo se nos varía la organización de trabajo según conveniencias?

dos por cualquier enfermera por cuestiones de organización internas del equipo de enfermería.

Parece inadmisibles esta situación en un Sistema Sanitario Público moderno y que apuesta por una renovación y modernización de la Atención Primaria.

La asignación y el número de pacientes por enfermera no deben ser en principio los mismos que los de un cupo médico, si no buscar una serie de criterios, **para definir como asignar una población concreta y definida a cada enfermera, en base a:**

- La dispersión geográfica
- El nº de personas mayores de 75 años
- Los niveles de dependencia socio-sanitaria
- La existencia de zonas de marginalidad
- La población inmigrante
- La existencia de residencias geriátricas y centros educativos
- La existencia de programas hospita-



De ruta por la región El Colegio en marcha

Son las diez de la mañana. Segunda salida de nuestro grupo de senderismo. Segunda oportunidad para ver a compañeros y amigos fuera del ámbito laboral. Segunda oportunidad para, además de disfrutar de una agradable marcha por el medio natural, compartir un rato divertido con personas, que aunque compañeros de profesión, en muchos casos eran desconocidas.

Estamos en la plaza de Santillana del Mar, maravillosa villa de nuestra región, pendientes de las sorpresas

que nos deparará la bonita ruta que vamos a iniciar por sus alrededores. Estamos acostumbrados a ir de visita, por sus calles en herradura, hasta la Colegiata y luego de vuelta, pero hoy tenemos la impresión de que va a ser distinto.

Comenzamos a caminar con rumbo norte dejando atrás las últimas casas y pasando junto al camposanto. Enseguida tomamos un camino que al poco se convierte en sendero y atraviesa el monte de Rubaña con dirección a Arroyo. Esta es una de las grandezas del senderis-

mo, redescubrir caminos perdidos que en tiempos pretéritos fueron utilizados para comunicar nuestros pueblos. Tras pasear a media ladera en animada charla, llegamos hasta las casas altas de Arroyo y continuamos con rumbo

manos por donde sacaban la blenda de los yacimientos de la comarca. Desde ese lugar se contempla una extensa línea de costa y, como telón de fondo, la magnificencia de los Picos de Europa.

Caminando por la linde de la costa, llegamos hasta las inmediaciones de Ubiarco y, como los integrantes de nuestro grupo aun estábamos con fuerzas, nos acercamos por el desvío de la izquierda hasta la ermita de Santa Justa, situada dentro de una gruta en el acantilado sobre la playa. Tras disfrutar de este bonito lugar (solo estropeado por la degradación de la mano del hombre) y reponer fuerzas con la comida venía lo más duro, ¡volver a caminar con los estómagos llenos!

De regreso a Ubiarco, debíamos ascender por el monte del Cuco para dar vista de nuevo a Santillana del Mar. ¡Aún pierdo el resuello al recordar el ritmo que se impulsó! No se sabe a ciencia cierta que fue. Pudo ser la propia subida que impulsaba hacia arriba; pudo ser la comida que nos proporcionaba energías renovadas; pudo ser el aroma del café que nos esperaba en la villa... El caso es que, tras un ritmo casi infernal, llegamos hasta la Colegiata donde tras una bonita



norte para ir al encuentro con nuestro mar Cantábrico en el increíble paraje de Punta Calderón, que conserva las ruinas de lo que en su día fue un pequeño puerto de los ro-

foto de grupo regresábamos de nuevo hacia nuestras casas con una bonita marcha a nuestras espaldas y un agradable recuerdo en nuestras cabezas.

ORTOPEDIA

ORTOGAM, S.L.

2ª Travesía José Antonio (Edificio Parque)
Junto Parada de Autobuses
Telf/Fax 942 61 11 77
39770 LAREDO

Crónica de una Calzada Romana

Cuarto mes del año MMVIII d.C. Un grupo de aguerridos e indomables cántabros lograron atravesar parte de la Geografía de Cantabria desde su principal puerto de mar, *Portus Victoriae* (Santander) hasta unas pequeñas aldeas en el valle que orada el Río Torina. Para ello, se embarcaron en una intrépida aventura que en estas crónicas se relata.

Al despuntar el alba, las tropas del Collegium se reunieron para desplazarse hasta Bárcena de Pie de Concha. Como ya venía siendo habitual en estas incursiones, el tiempo amenazaba lluvia pero, una vez abandonados sus hogares, ya nada podía detenerlos.

Poco antes de mediodía, arribaron a las casas de Bárcena donde los lugareños no



da charla, otros con ritmo pausado y maravillados de cada metro recorrido. En cualquier caso, iban todos plétóricos de fuerzas y disfrutando del magnífico día que se presentaba.

Tras desembocar en la vía de acceso abierta en el s. XIX y que en la actualidad está po-

quedará refrendada para épocas futuras, prosiguieron rumbo descendente.

Al llegar a la siguiente aldea, el paisaje a la par que bello era desolador. Les recibió la iglesia en estado de ruina y luego las casas, en su mayoría deshabitadas. En este enclave estratégico, Mediaconcha, que domina el Valle de Iguña casi al completo, aparte de reunir a la tropa sirvió para realizar una

pausa, retomar el aliento, refrescar los sedientos gaznates y comer algunas frugales viandas, para proseguir su camino.

Tras esta pequeña parada, el grupo de aguerridos montañeses continuó descendiendo por el camino encachado hasta el pueblo de Pie de Concha desde tan sólo restaba alcanzar la próxima localidad, Bárcena, punto de inicio y final de esta incursión.



se extrañaban de su presencia. La expedición se componía de algo más de una treintena de hombres y mujeres dispuestos a afrontar cualesquiera de los retos que se presentaran. Destacaban entre todos ellos, varios muchachos de edades diversas que sin duda disfrutarían de la aventura.

Comenzaron a caminar y enseguida llegaron al Camino Real, vía de comunicación abierta con la meseta antes que las Hoces y mucho antes que la autovía. En cuanto pisaron la ruta, la tropa se dispuso en diferentes comandos que planteaban estrategias para remontar el desnivel del camino. Unos a paso vivo y en anima-

co más que obsoleta, nuestro grupo llegó hasta las puertas de la localidad de Pesquera donde repusieron fuerzas después de la asamblea en la bolera del pueblo. Con los estómagos bien repletos, llegaron hasta la zona cimera del camino, a la aldea de Somaconcha donde comenzada el siguiente tramo a recorrer.

De este modo, se internaron en el tramo más bonito y espectacular del recorrido, por donde discurre la vía romana que en esta zona queda cubierta por un bosque de galería con enormes ejemplares cuyas hojas tapizaban el enlosado. Tras posar para el cronista que les relata y que su imagen

Al servicio de la Salud

Perines, 17 Consolación, 2
 ☎ 23 20 75 - Fax 23 50 93 ☎ 80 47 37 - Fax 80 47 37
39007 SANTANDER 39300 TORRELAVEGA

NUEVA DIRECCION:
 2ª Travesía José Antonio (Edificio Parque) Junto Parada de Autobuses
 Telf/Fax 942 61 11 77
39770 LAREDO

SEGURO AUTO

Ahorre hasta
un 60%
en el seguro de su coche

Nos encanta que nos comparen. Compara las coberturas y tarifas de Caser Auto con las de tu seguro actual.



Llama al
902 400 610
o acércate a tu
Oficina habitual



Segurcantabria, S.A. Operador de banca-seguros vinculado con la clave OV-0048 Inscrito en el Registro previsto en el artículo 52 de la Ley 26/2006 y tener concertado un seguro de R.C. Profesional y disponer de capacidad financiera, con arreglo a lo dispuesto en el Art. 21 de dicha Ley. Compañía aseguradora: CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. -CASER-, CIF: A-28013050.

Contrata el mejor seguro para tu coche.