

RESUMEN VIII CONGRESO SEAPA. SEAPA con la EFyC: 20 años de travesía. 21 Y 22 DE OCTUBRE DE 2016.

Tras dar la bienvenida al VIII Congreso SEAPA, Dña. Carmen Santano cede la palabra a la Concejala de Promoción Social, Educación, Ciudad Saludable y Cultura: Dña. Yolanda Alonso Fernández, que destacó la labor enfermera en la ciudad, una ciudad donde la población envejecida es parte importante y por lo tanto tiene unas necesidades especiales. De la misma forma, destacó las labores de colaboración que se llevan a cabo en Avilés, como por ejemplo los talleres de cuidadores en coordinación con el Ayuntamiento, el trabajo de hábitos saludables en la población escolar ya incluso desde los comedores escolares... es decir, un abordaje integral. Dña. Yolanda finaliza remarcando que enfermería es la puerta de entrada al sistema, que somos los más próximos a los ciudadanos y por ende nuestra implicación es sumamente importante.



MESA DEL PRESENTE Y FUTURO DE LA EFyC, compuesta por:

- **D. José Ramón Riera Velasco.**
- **Dña. Ana Suárez Guerra.**
- **Dña. Marta Villamil Díaz**
- **Moderada por Dña. Carmen Santano Vílchez.**

Dña. Carmen Santano nos ofreció, a modo de introducción, un breve repaso a la historia evolutiva de la Enfermería Comunitaria. Dña. Marta Villamil recoge el testigo y nos reseña la contribución enfermera, haciendo una especial alusión a los practicantes APD pero destacando claramente la entrada en los centros de salud y el reciente reconocimiento de la especialidad EFyC que como bien define Marta, “ha sido un paso natural por todo lo trabajado”. El cuidado actual no es solo al paciente, sino también a la familia y a la comunidad.

D. José Ramón Riera por su parte destaca la importancia de ser proactivos, es decir, de actuar como las “antenas” que busquen las necesidades de la población y no esperar a la llamada del paciente.

Dña. Carmen Santano plantea si las competencias de la especialidad están siendo desarrolladas en la enfermería asturiana, a lo que Dña. Marta Villamil y Dña. Ana Suárez Guerra asienten. Como directora enfermera, Ana Suárez recalca que se han sentado las bases y que estamos en un periodo de confluencia, donde los programas de salud son estratégicos pero todavía queda trabajo por hacer. Resumió la actividad llevada a cabo por las enfermeras del área III nombrando algunas de las iniciativas actuales siendo imposible explicar una por una todas ellas. Por otro lado, Marta Villamil refiere que enfermera Fy C en Asturias tiene un **lugar reconocido** en la sanidad pública asturiana, **estratégico** en la **Atención Primaria (AP)** dentro del Sistema de salud, especialmente en la situación social actual por la prevalencia de enfermedades crónicas, envejecimiento o dificultades socioeconómicas **que debería potenciarse fomentando su figura de referente, el líder del cuidado**. Asistencialmente, las enfermeras realizan cuidados/técnicas avanzadas, que pivotan directamente sobre la enfermera comunitaria, (descentralización de Sintrom, cirugía menor, crioterapia, citologías...). Esto ocupa mucho de nuestro tiempo, y no es a coste cero, sino restándolo de cosas menos urgentes pero muy **importantes, como la atención comunitaria, escolar o domiciliaria. Necesitamos más recursos**.

Sin embargo, D. José Ramón opina que no. Las competencias no están siendo rentabilizadas 100% porque en este país todavía no existe una buena conexión entre el mundo formativo y el laboral aunque tras el empeño y la dedicación de la enfermería asturiana, augura un futuro esperanzador. Un futuro donde la categoría profesional se vea reconocida, con la celebración de la vía excepcional que pueda reconocer el título de especialista a todas las enfermeras merecedoras de él. Hizo referencia a la preparación que se está produciendo en estos momentos de una nueva ley que regule esta situación y que sienta las bases para la posterior emisión de una orden desde Consejería que de paso a la categoría. Por otro lado, Dña. Marta Villamil refiere que Desde SEAPA se pide al futuro: la creación de la **categoría** especialista y puestos específicos y que mientras no se resuelva la vía excepcional se debería hacer un esfuerzo y crear una **bolsa específica para AP** para cubrir puestos vacantes catalogados en su ámbito o dar paso a unos traslados dentro del mismo. De esta manera se podría aprovechar la experiencia y formación. Además no se ralentizaría el trabajo asistencial y programas que tanto esfuerzo ha costado poner en marcha. Esto incluye las **sustituciones**, que son fundamentales para garantizar la continuidad y calidad de nuestro trabajo.

En cuanto a competencias, SEAPA, hace mucho tiempo que reivindica una valoración del trabajo enfermero con **indicadores mensurables, la libre elección de enfermera, la mejora en los informes de continuidad de cuidados y la potenciación de la atención domiciliaria** con más personal si es preciso, ya que el ratio enfermera/población es básico para realizar no solo lo asistencial si no lo COMUNITARIO.



VIDEO CONMEMORATIVO A LOS 20 AÑOS DE SEAPA

D. Ángel Miguel Redondo nos presentó con ilusión y en primicia un video conmemorativo, organizado y preparado con mucho cariño, para celebrar los 20 años de recorrido de SEAPA. En él, los diferentes presidentes de la sociedad nos van narrando aquellos aspectos que destacarían de su estancia, la confederación con FAECAP y cuáles son sus deseos para el futuro. También queda reflejado el compromiso de SEAPA con la Salud Pública, el desarrollo de las competencias enfermeras en EFyC y el empoderamiento de la comunidad. Gracias a todos los que hacen posible que SEAPA siga adelante.



MESA REDONDA 1. ¿Conocemos la Ley de Autonomía del Paciente? Compuesta por:

- **D. Miguel Presno.**
- **Dña. Fernanda del Castillo.**
- **Dña. María José Álvarez Fernández.**
- **Moderada por Dña. Myriam Mancisidor Alonso.**
- **Presentada por Dña. Manuela Pedrero Rodríguez.**

Dña. Manuela Pedrero presenta la mesa y da paso a un fragmento de la película Truman. En él, podemos analizar la situación que se da entre un paciente con cáncer extendido que decide manifestarle a su médico la decisión de no seguir con la quimioterapia, puesto que haga lo que haga se morirá y no quiere pasar sus últimos días entrando y saliendo del hospital. A pesar de la insistencia de su hermano y el doctor, el protagonista decide seguir fiel a su decisión y plantarse. Es entonces cuando Dña. Myriam Mancisidor propone hablar sobre cómo las películas han manifestado una realidad social que ha llevado a mucha gente a luchas largas y tediosas en los tribunales, el conocimiento de la ley de autonomía del paciente del año 2003 y el cómo y por qué surge esta ley.

Comienza interviniendo D. Miguel Presno refiriendo que el fundamento último es la constitución donde se encuentra recogido el derecho a la vida y a la integridad personal y moral. Estos trámites se iniciaron con la Ley General de Sanidad y el Convenio de Oviedo, donde se convirtió en un deseo hasta que se hizo realidad. La ley era totalmente necesaria pero no suficiente. Se pone sobre la mesa la necesidad de que fuera una ley orgánica y no una ley ordinaria la que tratara este asunto y cuyo nombre sería quizás más correcto Ley de Autodeterminación Personal en lugar de Ley de Autonomía del Paciente.

Dña. Myriam Mancisidor pregunta **si tenemos la información necesaria sobre este tema**, a lo que Dña. M^a José Álvarez responde que tanto pacientes como profesionales responderían que no. Refiere que como mucho, la vez que los pacientes han estado más cerca de ella ha sido cuando han tomado algún folleto de los “derechos de los pacientes” que han cogido en algún centro sanitario.

¿Y los profesionales? Dña. Fernanda del Castillo comenta que en términos generales sí la conocen ya que saben de su existencia así como la importancia de informar y utilizar el consentimiento informado en nuestra práctica diaria aunque muy poca gente se ha leído la ley completa. Hay dos estudios de importancia que lo revelan: uno en Sevilla donde la mayoría conocían su existencia pero no aspectos concretos y tan solo un 20% refieren haber hecho

esfuerzos para conocerla; el segundo estudio se realizó en profesionales médicos que al preguntarse sobre si conocían la ley respondían afirmativamente pero a la hora de resolver supuestos prácticos basados en jurisprudencia previa sólo el 30% acertaron las respuestas. El problema radica en que después de elaborar una ley hay que implementarla y difundirla, es decir, llevarla a cabo. Si por ejemplo queremos que se pueda llevar a cabo en un hospital, tendremos que preparar estancias con intimidad suficiente preparadas para ello. Los profesionales además debemos de prepararnos para saber que los pacientes muchas veces se informan por internet y lo que buscan en nosotros es una guía en la toma de decisiones y poder plantearnos dudas e inquietudes.

¿Está entonces la ley falta de recursos? Dña. Fernanda del Castillo responde que nada se hace a coste 0, tanto la difusión como la formación a los profesionales, pacientes y la dotación necesaria de tiempos y espacios precisan un esfuerzo económico importante.

¿En qué situación nos encontramos ante el derecho de información sanitaria desde el punto de vista de los pacientes? ¿Se tiene consideración por parte de los profesionales en este aspecto? Dña. M^a José Álvarez comenta que las cosas poco a poco están cambiando y agradece a los profesionales de atención primaria (AP) que traten de visibilizar este problema. Considera que atención primaria en el nivel que precisa una mayor formación ya que es el primer y último elemento de todo proceso de enfermedad, así como el acompañante durante todo el camino. En general, la gente tiene una buena opinión de la enfermería de AP y por lo tanto la confianza depositada en estos profesionales es muy alta. En cuanto a si hay consideración a la hora de dar información a los pacientes, aún hoy en día se da mucha información en pasillos o habitaciones compartidas con personas desconocidas, donde la intimidad prima por su ausencia.

Dña. Myriam Mancisidor cuestiona si el tema del consentimiento informado puede estar siendo utilizado más como una parte de la medicina defensiva que como un derecho por parte de los pacientes.

D. Miguel Presno nos explica que debemos tener claro que el consentimiento informado no sólo declara que se ha dado información sino también que esta ha sido clara y que se ha dado el tiempo suficiente para comprenderla. Es necesario hacer valer su función más allá de ser un mero papel que nos cubra de posibles reclamaciones. Dña. Fernanda del Castillo añade al respecto que hay dos formas de entender el consentimiento informado: una para protegernos como profesionales y otra para crear una comunicación efectiva. En estos términos tenemos que incluir también el consentimiento verbal ya que el escrito sólo es preciso en determinadas

ocasiones mientras que el oral es sobreentendido en todas las técnicas de la práctica diaria de la enfermería.

¿Cuál es vuestra opinión sobre que las enfermeras no sean mencionadas en la ley? Dña. Fernanda del Castillo refiere que la sanidad es aún medicocentrista. Esto se observa en que los hospitales están organizados según especialidades médicas en lugar de según las necesidades de cuidados. En la sociedad aún persiste el concepto de la enfermera como ayudante del médico, incluso en una definición de la RAE no hace muchos años se definía como aquella persona que acataba las decisiones del médico. En la ley se habla de todos los profesionales que atienden al paciente y de la aplicación de los cuidados, por lo que enfermería está incluida. Al borrador de ley de muerte digna publicado recientemente se han realizado alegaciones pidiendo un lenguaje inclusivo, destacando que al final de la vida lo que priman son los cuidados.

Dña. Myriam Mancisidor plantea **el problema que surge cuando la familia pide que no contemos cierta información al paciente, ¿Cómo debemos actuar los profesionales en estos casos?** Dña. M^a José Álvarez comenta la importancia, en este caso, de las asociaciones de enfermos que pueden ayudar a comprender la enfermedad y a cubrir la desesperación producida por no saber poner nombre a aquello que nos está ocurriendo. Por otro lado, Dña. Fernanda del Castillo advierte que la ley lo dice muy claro: el titular de la información es el paciente y es él el que decide hasta qué punto quiere que su familia sea informada, en qué medida y por quién. Aunque desconocemos si esto se conoce de lo que estamos seguros es de que no se aplica. Dña. M^a José Álvarez resalta que tan importante es ayudar a vivir como ayudar a morir a las personas y que nunca vamos a poder responder a ciencia cierta cuando morirá un paciente.

Se introduce el tema de los menores de edad... **¿cómo se encuentra la situación en estos casos?** D. Miguel Presno refiere que actualmente parece que las mayorías de edad se están acortando para todo. Por ejemplo, a los 16 años un menor se puede casar y también hay jurisprudencia sobre cómo menores testigos de Jehová pueden decidir sobre actuaciones que afectan a sus creencias. La ley en este aspecto es muy confusa puesto que refiere que quien va a decidir son los tutores pero siempre contando con el interés del menor, ¿Por qué no se les permite entonces decidir a ellos?

Dña. Myriam Mancisidor pregunta si el anteproyecto de ley de muerte digna publicado recientemente nos hace pensar en que ha llegado el momento de **hablar de la muerte con naturalidad**. Dña. Fernanda del Castillo cree que ese momento debería de llegar. En realidad, hemos retrocedido de forma muy importante ya que antes se fallecía en el domicilio, donde se

realizaba el duelo con toda la familia alrededor, incluidos los menores. Actualmente este proceso se ha trasladado a un espacio más impersonal como es el hospital y por supuesto se evita en la medida de lo posible que los niños tengan contacto con estas situaciones. Se podría plantear que igual que se están realizando intervenciones en los colegios con la sexualidad, se les podría acercar un poco más a la muerte y a cómo convivir con ella.

¿Cómo se puede gestionar que haya comunidades con leyes al respecto y otras no? D.

Miguel Presno resalta que lo importante es que aparezca una ley estatal porque las autonómicas parchean competencias estatales y por lo tanto se requiere una ley orgánica. Además se precisaría de otra competencia autonómica como la modificación del artículo 143 del código penal para despenalizar la ayuda a quitar la vida a otra persona. Lo que deberían de hacer las comunidades autónomas es realizar 17 proposiciones de ley para que al menos, el tema llegue al debate del congreso. En otros países más adelantados, como Bélgica, se ha modificado hace poco la eutanasia para cualquier persona que lo desee.

Dña. Myriam Mancisidor pregunta a la representante de los pacientes directamente por **el testamento vital y su importancia para los pacientes**. Ella refiere que lo hizo por su hija, para no dejarle el sufrimiento de tener que tomar decisiones que puede tomar ella ahora. Hay mucha gente joven con enfermedades graves, que puede producir graves conflictos familiares y médicos en caso de ausencia de testamento vital. “La muerte está tan segura de que va a ganar, que nos da una vida de ventaja”.

¿Por qué se relaciona el testamento vital con la eutanasia? Dña. Fernanda del Castillo resalta la importancia del desconocimiento en este tema, en Asturias sólo un 0,5% de la población lo tiene, es decir, unos 5000 testamentos únicamente. Es un documento que permite a una persona mayor de edad decidir cómo le gustaría ser atendido. Se comentó cómo la alcaldesa de Gijón Paz Felgueroso consiguió que se incluyera en su testamento vital tras una batalla judicial que si en algún momento se aprueba la eutanasia quiere que se le apliquen en determinadas ocasiones. Actualmente si quieres morir tienes que pagar 10.000€ para poder pagarte el viaje a Suiza, ¿Por qué nos imponen los valores de una parte de la sociedad española cuando yo no les hago compartir los míos?

¿La vida es un derecho, la muerte también? Morir es un hecho, lo que es un derecho es morir dignamente y de la mejor manera posible, sin sufrimiento, en paz y actualmente no es así. El índice de calidad de muerte España ocupa el puesto 24 en el mundo pero el 13 en Europa con pocos países por debajo. D. Miguel Presno destaca que frente a la política llevada aquí a cabo, el tribunal superior de Canadá ha determinado que penalizar la ayuda al suicidio discrimina a

aquellas personas que por sus propias condiciones no pueden cometer el suicidio y por tanto se les restringe esta oportunidad. En el debate, Dña. Fernanda del Castillo resalta que hemos de ser los profesionales los que les hablemos del tema a los pacientes para que conozcan su existencia y esto es competencia de todos los profesionales médicos, enfermeros, administrativos, trabajadores sociales....Los profesionales no podemos mentir nunca al paciente pero el derecho de información es suyo. Tenemos que evitar crear conflicto con las familias y mediar en ellos para la mejor resolución posible.



MESA DE TRABAJO 2: “EFyC pasen y vean” Compuesta por:

- **D. Germán López Cortacans.**
- **Dña. Anaí Izaguirre Riesgo.**
- **Dña. Rosa Isabel Fernández Raigada.**
- **Moderada por Dña. Carmen González Carreño.**

D. Germán López expuso el desarrollo del proyecto INDI (Intervention for Depression Improvement) en su comunidad. Se trata de un ensayo clínico llevado a cabo en centros de Atención Primaria para evaluar la efectividad de una intervención para combatir la depresión en pacientes que la sufren. A diferencia del modelo americano, en este caso no se utilizaron recursos añadidos, sino los existentes en el sistema y puede considerarse aplicable a todo el territorio español. La enfermera desempeñó un papel fundamental en el seguimiento y acompañamiento del paciente a lo largo de su proceso depresivo, a través del desarrollo del Plan de Cuidados de Enfermería, de la escucha activa y de la empatía. Como resultado podemos

decir que **el proyecto INDI FUNCIONA**. Se registró una mejora en la tasa de respuesta al tratamiento y en la tasa de remisión de la enfermedad así como una disminución de la ideación suicida. Además, la intervención sería costo efectiva, puesto que tras un análisis se encontró que por 1,5€ tendríamos un 50% de posibilidades de tener un día sin depresión, y por 13€ un 100% de probabilidad. **La implementación del programa INDI supondría, por lo tanto, un gran beneficio para los pacientes con depresión y una potenciación del rol enfermero a un bajo coste.**

Dña. Anaí Izaguirre habló del proyecto Mindfulness, que está ganando terreno en todo el territorio español, imponiéndose en estudios de grados, máster y expertos universitarios. Mindfulness no es solo para la salud, sino también un método para la escuela, para el trabajo y la empresa porque aumenta la empatía. Tras el estudio realizado en el área V (la que mayor consumo de benzodiazepinas tenía) se implantó este programa como estrategia para disminuir el consumo en pacientes con ansiedad, impartiendo la formación desde el Instituto Asturiano Adolfo Posada. Una vez que las enfermeras estuvieron formadas, se comenzó a dar talleres con pacientes, teniendo como criterios de inclusión que debían tener un episodio codificado de estado de ansiedad, depresión o ansioso-depresivo. Se excluyó a pacientes drogodependientes en fase de adicción, deshabitación o con patología psiquiátrica grave. En el resto de la exposición, Dña. Anaí nos hizo un breve repaso de las ocho sesiones que componen el proyecto. Tras la evaluación de las sesiones, el 100% de los pacientes recomendaría la intervención y **Mindfulness resulta ser una técnica dirigida exitosamente por enfermeras de atención primaria, que resulta eficaz para disminuir el estrés y la toma de medicación.**

Dña. Rosa Isabel Fernández Raigada nos acercó un poco más a la Comunidad Gitana que aunque parece estar cercana, es en realidad una gran desconocida. En relación a los estilos de vida y en concreto a la alimentación, las pautas de consumo de la comunidad gitana están determinadas por más factores que el meramente cultural. **La división de roles de género, las diferencias socioeconómicas y la ubicación y estado de las viviendas (no siempre cercanas a zonas urbanizadas y comerciales) son factores de riesgo de inequidad en salud.**

La promoción de hábitos de alimentación saludable entre la comunidad gitana requiere de intervenciones multisectoriales. Así, en el año 2015, como parte de una estancia con la Asociación Gitana UNGA del Principado de Asturias, Dña. Rosa Isabel inició una colaboración con el departamento de Promoción de la Salud de la Dirección General de Salud Pública del Principado de Asturias, para iniciar **un proyecto de abordaje de la alimentación en las familias gitanas**, a partir de los resultados mostrados en la I Encuesta de Salud Infantil Comunidad Gitana 2014. El objetivo fue elaborar un menú saludable para la familia gitana logrando la participación

de la comunidad haciéndola protagonista del proyecto, además de realizar propuestas de mejora en relación a la alimentación.



A continuación de esta mesa, se celebró el almuerzo en el salón de eventos Sta. Cecilia, donde los congresistas se reencontraron con amigos, compañeros y compartieron el momento de forma distendida.



Tras la comida, tuvo lugar la mesa de comunicaciones orales libres, donde los congresistas, previa aceptación de sus resúmenes, pudieron exponer en un breve periodo de tiempo sus aportaciones científicas. Destacar los numerosos trabajos propuestos, las ideas estupendas que se pudieron reflejar y la actualización de conocimientos con cada tema. Esperemos que las comunicaciones sigan ganando en cantidad y calidad como hasta ahora.



MESA DE TRABAJO 3: LA ENFERMERÍA Y LAS FRONTERAS DE LA LEY. Compuesta por:

- **D. Ismael Huerta González.**
- **D. Chema Antequera Vinagre.**
- **Moderada por Dña. Cruz Gutiérrez Díez.**

Dña. Cruz Gutiérrez presenta la mesa hablado de cómo el título refleja las emociones controvertidas e inseguridades en la profesión en los últimos tiempos.

D. Chema Antequera explica que la enfermería tiene un profundo desconocimiento de la legislación incluso en situaciones laborales propias. Con el nuevo real decreto (RD) se produjo una movilización a base de convocatorias sindicales o colegios algo sorprendente ya que las bases estaban sentadas en la Ley de 2009. **En aquel momento se define que sólo médicos, podólogos y odontólogos podrían prescribir** pero que sin perjuicio de los anteriores los enfermeros podrían participar en el uso e indicación de algunos productos sanitarios por medio de un proceso de formación y acreditación. La ley de 2009 habilitaba a las CCAA a crear el desarrollo de la prescripción enfermera entre otros y tan sólo Andalucía lo llevó a cabo consiguiendo con ello un ahorro de 10.000.0000€. En el resto de CCAA ni se desarrolló ni se reclamó su desarrollo. Ante el RD se produce un sentimiento doloroso ante normativas que no controlamos pero acatamos por el simple hecho de que una dirección sanitaria nos lo dice. **Los productos incluidos en recomendaciones oficiales no se ven afectados por esta normativa (tales como vacunas, antisépticos, apósitos, pomadas...).** Y para nuestro trabajo diario en las

consultas es imprescindible resaltar que el RD prescripción enfermera no afecta a las vacunas por tanto no se precisa prescripción médica.

En cuanto a la libre elección de enfermera, **la Ley General de Sanidad incluye la posibilidad de elección de médicos y otros profesionales sanitarios.** Hay que plantearse que la profesión enfermera quizás no ha conseguido tener una presión suficiente para movilizar la posición política.

D. Ismael Huerta comienza refiriendo que las enfermeras, como cualquier profesional sanitario, tienen el deber de desarrollar su práctica profesional respetando la *lex artis*. En cuanto al eterno tema de las vacunas, la *lex artis* reside en las recomendaciones oficiales, aunque surge cierta contradicción entre las directrices a seguir: recomendaciones de sociedades científicas, de organismos oficiales o de profesionales sanitarios. **D. Ismael Huerta insiste en que la enfermera tiene que trabajar con evidencia y según las recomendaciones oficiales y fichas técnicas porque tiene capacidad de valoración, dirección y prestación de cuidados.** Es importante realizar un buen registro y justificación de sus decisiones en la Historia clínica del paciente.

Mesa muy productiva que dio lugar a un gran debate entre los ponentes y el público que permite la aclaración de dudas y el desarrollo del tema en gran amplitud.



MESA DE CLAUSURA. Compuesta por:

- **D. Javier Carrasco Rodríguez.**
- **Dña. Begoña Martínez Argüelles.**
- **Dña. Carmen Santano.**
- **Dña. Ana Covadonga González Pisano.**

Dña. Ana Pisano hace un recorrido por la parte científica del congreso, destacando la **calidad y cantidad de los resúmenes presentados este año**. Hace alusión también al retroceso que se producirá con la próxima baremación del SESPA, con la que se pretende limitar el reconocimiento a los profesionales que investigan y que se mantienen actualizados.

Por su parte, D. Javier Carrasco agradeció la implicación de SEAPA y comentó la compleja situación de una asociación como FAECAP, que con el actual gobierno en funciones se encuentra algo estancado en diferentes proyectos pese a estar trabajando en todas y cada una de las estrategias desarrolladas por el sistema sanitario. **Además aprovechó la oportunidad para invitar formalmente a todos los presentes al congreso de FAECAP que se realizará en Toledo la próxima primavera.**

Dña. Begoña Martínez Argüelles, gerente del área III, destaca el valor y la capacidad de las enfermeras de Atención Primaria para tomar las riendas de la situación en determinadas ocasiones. **Insiste en que ante la voluntad por todas las partes los proyectos avanzan y resalta la importancia de evaluar las intervenciones que realizamos en las consultas para demostrar su efectividad y así avalar su implementación.**

La presidenta del congreso, **Dña. Carmen Santano**, despide la jornada con gran satisfacción ante la elevada participación y con la esperanza de una enfermería que continúe luchando por los objetivos comunes.

