



# LA PROFESIÓN ENFERMERA EN ESPAÑA: PROYECTANDO EL FUTURO TRAS 40 AÑOS DE TITULACIÓN UNIVERSITARIA

NURSING IN SPAIN: MAKING FUTURE AFTER 40  
YEARS OF UNIVERSITY DEGREE

Escuela Universitaria de Enfermería “Casa de Salud Valdecilla”  
Grado en Enfermería  
Curso académico: 2016/17

Autor/a: Paula Calvo Pajares  
Director/a: María Luz Fernández Fernández

## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b> .....	<b>3</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>3</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>4</b>
<b>JUSTIFICACIÓN</b> .....	<b>7</b>
<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>7</b>
<b>DESCRIPCIÓN DE CAPÍTULOS</b> .....	<b>7</b>
<b>ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA</b> .....	<b>8</b>
<b>CAPÍTULO 1. DEL CURAR AL CUIDAR: MARCO LEGAL Y COMPETENCIAL.</b> .....	<b>9</b>
1.1.    LOS INICIOS DEL MARCO UNIVERSITARIO.....	9
1.2.    LEY GENERAL DE SANIDAD ESPAÑOLA.....	11
1.3.    HACIENDO DISCIPLINA, EDIFICANDO LA PROFESIÓN.....	12
1.4.    COMPETENCIAS ENFERMERAS. ....	13
1.5.    ESPECIALIDADES DE ENFERMERÍA. ....	14
1.6.    PLAN BOLONIA: LOS INICIOS DEL GRADO. ....	16
1.7.    PRESCRIPCIÓN ENFERMERA .....	18
<b>CAPÍTULO 2. UN NUEVO ROL ENFERMERO PARA NUEVOS TIEMPOS.....</b>	<b>19</b>
2.1.    LA SOCIEDAD DEL SIGLO XXI. ....	19
2.2.    CAMBIOS EN EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL.....	22
2.3.    NUEVAS COMPETENCIAS ENFERMERAS. ....	23
2.3.1.    ENFERMERA GESTORA DE CASOS.....	24
2.3.2.    ENFERMERÍA ESCOLAR. ....	25
<b>CONCLUSIONES</b> .....	<b>28</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>31</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>39</b>

## RESUMEN

En el horizonte de la profesión enfermera en España comienzan a apreciarse cambios significativos derivados de la integración, hace ahora cuarenta años, de los estudios en el marco universitario. En este proceso, un hito fundamental ha sido la consecución del Grado, otorgando así la posibilidad de realizar estudios de Posgrado y Doctorado, logrando el reconocimiento pleno de la Disciplina en la investigación. Este trabajo pretende reconocer los cambios acaecidos en la enfermería durante el transcurso de los años desde su entrada en la universidad y su repercusión en el futuro profesional. A lo largo de este tiempo, las enfermeras y enfermeros han realizado un considerable esfuerzo por adaptarse a los cambios y dar a la población una respuesta de cuidados acorde con sus necesidades. Se han conseguido notables avances en este campo, entre los que destacan la prevención de enfermedad y promoción de la salud, la gestión de los pacientes crónicos y la creación de nuevas figuras para afrontar la situación. Sin embargo, para adecuarse completamente a los nuevos tiempos, la Enfermería debe reclamar aquellas competencias que le corresponden y dejar claro cual es su lugar dentro de la sociedad.

**Palabras clave:** Historia de la Enfermería, Atención de Enfermería, Enfermería de la Práctica Avanzada, Proceso de Enfermería, Servicios de Enfermería Escolar.

## ABSTRACT

From the perspective of Nursing in Spain it is beginning to be appreciated significant changes derived from the integration, forty years ago, of its studies in the university framework. In this process, one of its fundamental milestones has been the achievement of the University Degree, granting the possibility of accomplishing the Postgraduate and Doctorate, reaching full recognition of the Discipline in the research's field. From this point of view, the making of this Project aims to recognize the changes that had taken place in Nursing since its entry in the university and its repercussion in its future. Over this time, nurses have performed a remarkable effort in order to adapt to the changes and to give the population the attendance they need. A lot of progress has been made in this field, it is important to highlight the preventive healthcare and health promotion, the management of chronic patients and the creation of new figures to face the situation. However, in order to adapt completely to the new times, Nursing must demand those competences that correspond it and make clear its place in the society.

**Key words:** History of Nursing, Nursing Care, Advanced Practice Nursing, Nursing Process, School Nursing.

## INTRODUCCIÓN

En los años setenta del pasado siglo XX, después de un largo período de treinta y seis años de dictadura, comenzaban a vislumbrarse en el panorama político español los primeros aires de cambio hacia la construcción de una sociedad democrática. En este escenario, los profesionales de la Enfermería, ante la amenaza de que la formación enfermera se adscribiera a la Formación Profesional, tal y como establecía la Ley de Educación de 1970 (1), llevaron a cabo el principal movimiento reivindicativo de esta profesión, dirigido a la consecución efectiva de enmarcar los estudios en el ámbito de la universidad, cuestión que finalmente quedaría legitimada por la aprobación del Real Decreto nº 2128/1977 de 23 de julio (2).

La puesta en marcha de los estudios universitarios de Enfermería marcará un antes y un después en el desarrollo profesional, al sustentar la base formativa en la argumentación epistemológica y ontológica de la razón de ser y existir de la Disciplina. A partir de aquí, cuando en 1977 la enfermería se integra en la universidad y las Escuelas De Ayudantes Técnicos Sanitarios pasan a ser Escuelas Universitarias de Enfermería, son las propias enfermeras quienes toman las riendas de su educación y formación, que hasta entonces había sido dirigida, organizada e impartida por los profesionales de la Medicina (3).

Así, se inicia el camino hacia la consolidación de la Disciplina a través de la cimentación de un cuerpo de conocimientos propios, sustentado en los principios teóricos ya establecidos por autoras enfermeras como Hildegard Peplau, Virginia Henderson o Dorothea Orem. Los trabajos de investigación de estas autoras han sido esenciales para discernir los elementos nucleares de la profesión, en la que el cuidado del ser humano, desde una dimensión holística, se configura como el eje cardinal de la actuación profesional. De esta forma, después de una larga travesía histórica, en la que la profesión enfermera venía estando marcada por la cultura biomédica del curar, cuestión que en nuestro país alcanzaría una mayor intensificación durante los casi veinticinco años de la formación de Ayudante Técnico Sanitario, comienzan a establecerse las líneas de actuación dirigidas a cuidar de la salud de las personas a lo largo de todo el ciclo vital.

Los cambios señalados no pueden entenderse, sino dentro de la gran transformación del contexto político, social e institucional de nuestro país durante la década de los años setenta del pasado siglo XX. Un periodo en el que España pasó de ser un país con un régimen dictatorial, a un Estado Social y Democrático de Derecho bajo la forma de gobierno de la monarquía parlamentaria. En todo este proceso, por su repercusión en la ciudadanía y en la práctica profesional enfermera, una cuestión importante fue la promulgación de la Constitución Española de 1978 y el redactado de su artículo 43 en el que se recoge el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria de todos los ciudadanos (4).

A lo anteriormente expuesto hay que añadir que en septiembre de 1978 tuvo lugar la Primera Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en Alma-Ata, Kazajistán, en la entonces Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS). Esta fue organizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Fondo Infantil de la Organización de Naciones Unidas (UNICEF), bajo el lema "Salud para todos en el año 2000". La celebración de esta Conferencia, treinta años después de la creación de la OMS, en 1948, en la que se definió la salud como *"un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades"* (5), puso de manifiesto la necesidad de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad de todas las personas del mundo, motivo por el que se pidió la participación de todos los gobiernos y profesionales sanitarios. España, que fue uno de los 134 países participantes en la Conferencia, se comprometió a modificar su sistema de salud con el fin de lograr la meta propuesta en dicho evento (6).

Sin embargo, no son únicamente las Organizaciones Internacionales las que abogaron por el cambio, sino que los propios ciudadanos reclaman un nuevo enfoque para el sistema sanitario, cada vez más complejo en cuanto a patologías se refiere y también en extensión, pues durante este periodo de los años setenta se construyeron la mayoría de los grandes hospitales de nuestro país. Asimismo, las nuevas enfermeras diplomadas estaban preparadas para asumir un nuevo rol lejos de ser ayudantes de los médicos, pues tienen las competencias necesarias para atender a la población y ofrecerles cuidados de manera independiente (7).

Esta oportunidad se ve satisfecha cuando en 1984, el *Real Decreto del 11 de enero sobre estructuras básicas de salud* (8) delimita las zonas Básicas de Salud, establece los Centros de Salud y los Equipos de Atención Primaria. De esta manera, se pasa a considerar la Enfermería como una pieza fundamental del sistema sanitario e imprescindible en dichos equipos, y se les entrega un ámbito de responsabilidad propia que englobaba el fomento de la salud, la prevención de la enfermedad y accidentes, la rehabilitación y la recuperación de la salud de la comunidad a la que atienden (8).

La creación de la figura de la Enfermera de Atención Primaria supuso una importante transformación en la profesión enfermera, ya que pasó de tener una función simplemente asistencial y de curación, realizando actividades delegadas del médico, a la realización de actividades asistenciales, docentes, investigadoras y administradoras. Así, bajo el nuevo perfil, la enfermera asume la realización de actividades tanto propias como delegadas y con un enfoque bio-psico-social, dejando atrás el modelo biomédico y contribuyendo a una mejora en la calidad asistencial del sistema sanitario (7).

Asimismo, otras de las innovaciones más importantes de este periodo para la profesión enfermera será la publicación en 1985 de la *Orden de 28 de febrero por la que se establecen los órganos de dirección de los hospitales y la dotación de su personal, regulando la provisión de los cargos y puesto correspondiente* (9). De esta forma, se establece un modelo de gerencia constituido por cuatro órganos de alta dirección: Gerencia, como máxima autoridad; División Médica; División de Enfermería y División de Gestión y Servicios Generales, todas ellas a un mismo nivel. Este nuevo sistema organizativo otorgó a la Enfermería el reconocimiento y autonomía que venía demandando, otorgándole la capacidad efectiva para dirigir a sus propios profesionales (10).

Todo este conjunto de transformaciones del sistema sanitario español tendrá su colofón con la Ley General de Sanidad de 1986, considerada una de las más reformistas del país, pues en ella se refleja la universalidad de la asistencia sanitaria en el territorio nacional y los conceptos de promoción y protección de la salud (11). En esta línea, hay que destacar el inicio de la transferencia de las competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas, proceso que concluye en 2001.

A pesar de lo expuesto hasta aquí, el marco competencial enfermero no tuvo una clara regulación legislativa acorde con la titulación universitaria y sus campos de acción en la práctica. No sería hasta la llegada de este segundo milenio, concretamente en 2003, cuando se promulga la *Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias*, comúnmente conocida como LOPS. Con esta nueva ley se regula tanto el ejercicio de las diferentes profesiones sanitarias tituladas como su formación y su desarrollo profesional. Asimismo, tiene como finalidad la mejora de la calidad de la atención sanitaria, garantizando los derechos de los ciudadanos (12). Aún así, a pesar de regular el ejercicio de las profesiones, no determina las competencias de cada una, sino que establece unas bases para que se pacte sobre ellas. Actualmente, catorce años después de la puesta en vigor de esta legislación, continúa la falta de claridad respecto a las competencias enfermeras lo que genera conflictos en determinadas circunstancias.

En cuanto a la formación especializada, el Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, establece las diferentes especialidades enfermeras en pos de buscar una mayor eficiencia en la planificación sanitaria (13, 14). Actualmente, los profesionales pueden especializarse en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona); Enfermería de Salud Mental; Enfermería del Trabajo; Enfermería Geriátrica; Enfermería Pediátrica; Enfermería Familiar y Comunitaria. Es decir, en todas las que se recogen en el Real Decreto mencionado excepto la de Enfermería Médico-Quirúrgica, que debido a su gran complejidad, pues abarca muchos campos asistenciales diferentes, sigue aún sin haberse desarrollado.

El siguiente gran cambio en la formación enfermera llega en 2010, cuando de la mano del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), iniciado en 1988, termina la instauración del Plan Bolonia. La implantación de dicho Plan significó una serie de reformas en las universidades para llegar a crear un espacio europeo común compuesto por una asociación entre autoridades públicas, instituciones de enseñanza superior, alumnos y personal, así como empresarios, agencias de garantía de la calidad, organizaciones internacionales e instituciones europeas (15). A partir de aquí, los estudios universitarios españoles, hasta entonces conformados por titulaciones de tres años y título de Diplomado, caso de la Enfermería y cuatro o cinco años, título de Licenciado y única posibilidad para acceder al doctorado, pasaron a partir de ahora a denominarse Grados con un tiempo formativo de cuatro años, abriendo la vía a la realización de Master y la obtención del Grado de Doctor. Esta situación permitió el aumento de la carrera de enfermería de tres a cuatro años y conseguir, lo que se venía reivindicando desde 1977, y que parecía impensable: alcanzar el doctorado (16). A pesar de este logro en el marco académico, en el ámbito clínico, apenas existe posibilidad de carrera profesional, por lo que los avances que se han ido consiguiendo durante los últimos años aún no se han hecho completamente visibles en la práctica de la profesión.

Por otra parte, una cuestión de gran trascendencia para dar una respuesta efectiva a las necesidades de salud de la sociedad española, que se encuentra en un continuo cambio, es la adaptación de la enfermería a la población. Aunque no es únicamente nuestro colectivo el que debe renovarse, sino del conjunto del sistema sanitario español, ya que, pese a que en los últimos años ha ido ganando importancia en el campo de la Salud Pública, la atención sigue centrada principalmente en la hospitalización y en las patologías agudas. Esto, a pesar de la creciente epidemia de enfermedades crónicas que asola nuestro país, donde la cronicidad acapara el 80% de las consultas de Atención Primaria, el 60% de los ingresos hospitalarios y el 70% del gasto total sanitario (17), puesto que los pacientes que padecen cuatro o más enfermedades crónicas multiplican casi por 14 el coste de los que padecen una sola patología (18).

Por ello, para hacer frente a este gran reto de la cronicidad, es necesario redefinir el sistema sanitario español de manera que pueda ser sostenible en el tiempo, lo que requiere un nuevo modelo organizativo que sea eficaz y eficiente (18). Por tanto, esto significa cambiar el enfoque actual de nuestro sistema de salud centrado en la atención de agudos, la hospitalización y especialización, para pasar a un modelo de salud dirigido a lograr que las personas sean cada vez más autónomas y activas (19).

En este año 2017 conmemoramos el cuarenta aniversario de la formación universitaria, un camino con luces y sombras que, por otra parte, discurre a la par de los cambios y transformaciones del entorno de nuestro país. En la actualidad, nadie pone en duda que han sido muchos los logros conseguidos, pueden parecer pocos o muchos, dependiendo de la cuestión de estudio o los parámetros de análisis que se establezcan. Sin embargo, uno de los avances más significativos ha sido la posibilidad de acceder al más alto grado académico, el doctorado, cuestión esencial para el desarrollo pleno de la investigación y la consolidación de la Ciencia Enfermera.

A lo largo de estos cuarenta años, nuestro país ha atravesado por muy diferentes circunstancias que han tenido su impronta en todos los planos de la población española y por ende, en la profesión enfermera. Por todo ello, la celebración de ésta efemérides es un buen momento para reflexionar sobre lo que ha supuesto este proceso y como se ha llevado a cabo, aunque lo más importante es preguntarse si hemos sido capaces de dar respuesta a las necesidades de cuidados de salud de la población.

## JUSTIFICACIÓN

A lo largo de mi formación como enfermera durante estos cuatro años, tanto en el ámbito teórico como en el práctico, he podido ser testigo de las numerosas incongruencias que hay entre ambas áreas. Esta incoherencia viene manifestada por el desfase entre los contenidos teóricos que se imparten en la escuela y la situación asistencial real. Asimismo, he vivido muchas situaciones que me han llevado a plantearme cuales son las competencias específicas que tiene actualmente la Enfermería en España y cual es su rol dentro de nuestro sistema de salud. Por ese razón, y dado que este año se celebran cuarenta años desde la incorporación de los estudios de Enfermería a la Universidad, me pareció oportuno reflexionar sobre estas cuestiones, motivo por el cual elegí este tema de estudio para el Trabajo de Fin de Grado.

## OBJETIVOS

Los objetivos del presente trabajo son los siguientes:

Objetivo general:

- Analizar los cambios acaecidos en la enfermería española durante el transcurso de los cuarenta años desde su entrada en la universidad y su repercusión en el futuro profesional.

Objetivos específicos:

- Examinar los diferentes planes de estudios de la Enfermería en la Universidad durante los últimos 40 años y el marco legislativo del período.
- Identificar los retos a los que se enfrenta la enfermería española y las nuevas figuras profesionales.

## DESCRIPCIÓN DE CAPÍTULOS

Para la exposición ordenada de la información se ha organizado la monografía en dos capítulos, los cuales a su vez, se han estructurado en subapartados.

En el capítulo primero se encuentra reflejada la evolución de la profesión enfermera en España desde su incorporación a la universidad en 1977. Los cambios expuestos pertenecen tanto al ámbito académico como al legal, contextualizados en la época en la que tuvieron lugar y terminando en el año presente.

El segundo capítulo trata sobre la situación actual de la Enfermería en nuestro país, comenzando con un análisis de la población española, siguiendo con una descripción del Sistema Nacional de Salud y finalizando con la exposición de algunas nuevas figuras relevantes para la profesión.

## ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA

La metodología utilizada para la realización de esta monografía consistió en una búsqueda bibliográfica desde el mes de noviembre de 2016 hasta junio de 2017 en las siguientes bases de datos:

- SCOPUS
- PUBMED
- CUIDEN PLUS
- IBECs
- BMC HEALTH SERVICES RESEARCH
- WILEY
- RESEARCHGATE
- GOOGLE ACADÉMICO

Para seleccionar los artículos se utilizaron los siguientes descriptores recogidos en la Biblioteca Virtual de Salud (DeCS, Descriptores en Ciencias de la Salud) y en la National Library of Medicine de Estados Unidos (MeSH, Medical Subject Headings): Historia de la Enfermería (History of Nursing), Atención de Enfermería (Nursing Care), Enfermería de la Práctica Avanzada (Advanced Practice Nursing), Proceso de Enfermería (Nursing Process) y Servicios de Enfermería Escolar (School Nursing).

Se consultaron también fuentes primarias como la Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado (BOE) o el libro *“Conceptos de Enfermería. Curso de nivelación de A.T.S.”*, editado por la Universidad Nacional de Educación a Distancia (U.N.E.D.).

Además, se recopiló información de las siguientes sedes web de organismos oficiales:

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (INE)
- CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS (CIE)
- CASE MANAGEMENT SOCIETY OF AMERICA (CMSA)
- MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD
- MINISTERIO DE HACIENDA Y FUNCIÓN PÚBLICA

## CAPÍTULO 1. DEL CURAR AL CUIDAR: MARCO LEGAL Y COMPETENCIAL.

### 1.1. LOS INICIOS DEL MARCO UNIVERSITARIO.

La entrada en vigor de la Ley General de Educación 14/1970, de 4 de agosto de 1970 (1) supuso el punto de inflexión para un cambio real en la Enfermería, puesto que obligó a plantear el futuro de los ATS, al poner en cuestión si debían pasar a ser estudios universitarios, con posibilidad de acceder a niveles superiores, o pasar a ser un módulo de Formación Profesional (20, 21). Bajo el lema “Por una mejor Sanidad, ATS a la Universidad” el colectivo profesional enfermero se manifestó apostando una necesidad de mejora en la formación para elevar la calidad de los cuidados y revalorizar la profesión. Asimismo, dentro del gremio de los ATS nace una tendencia encaminada a recuperar las bases del cuidado.

Con la puesta en vigor en 1977 del Real Decreto nº2128/1977 de 23 de julio (2), se establece la incorporación de los estudios de Enfermería a la Universidad, recuperando así, después de veinticuatro años, la denominación que nunca debió perder: enfermera y enfermero, términos que habían sido sustituidos por Ayudante Técnico Sanitario (ATS) en 1953. Para la redacción del nuevo Plan de Estudios, que fue aprobado sin apenas modificación en noviembre de aquel mismo año de 1977, el entonces Consejo Nacional de Enfermeras formó un Comité del que formaron parte enfermeras como Rosa María Alberdi, Roser Tey i Freixa o Mari Paz Mompert, todas ellas figuras de renombre dentro de la historia de la enfermería en nuestro país (20-22).

El contenido formativo del curriculum de los recién creados estudios enfermeros universitarios se configuró desde la base del conocimiento del desarrollo histórico de la profesión, los fundamentos que la sustentan, su marco conceptual y los Modelos y Teorías referenciales. A esto se añade el aprendizaje de la metodología científica como herramienta esencial para su aplicación en la práctica, todo ello englobado en la asignatura de Enfermería Fundamental. Una materia imprescindible para asentar las bases científicas de la profesión y encaminar a los futuros profesionales hacia la consecución de un rol autónomo, con identidad propia dentro del equipo sanitario, y capaz de dar respuesta a complejidad de las nuevas situaciones que estaban surgiendo en la sociedad (20-23).

El plan de estudios de las Escuelas Universitarias de Enfermería, publicado por el Ministerio de Educación y Ciencia, dejó establecidas las pautas sobre las cuales cada Escuela debía de elaborar y desarrollar las directrices de su curriculum propio, teniendo en cuenta también las recomendaciones del Consejo de Europa. La duración de la formación se estableció en tres años, al igual que se venía haciendo con los ATS y las asignaturas se repartieron en cinco áreas: Ciencias Básicas, Ciencias Médicas, Ciencias de la Enfermería, Ciencias de la Conducta y, por primera vez, Salud Pública. Del mismo modo, se instauró que el cincuenta por ciento de las horas lectivas, un total de 4.600, debían ser de formación práctica, pues se consideraba fundamental la necesidad de las experiencias prácticas para integrar los conocimientos adquiridos en la teoría, además de asegurar, que el alumno poseía las cualidades necesarias para desenvolverse en el ámbito sanitario (21, 23, 24) (Anexo 1). Esta cuestión marcó un cambio significativo con la proporción de la distribución de las horas lectivas de los estudios de ATS donde el 20% de la carga era teórica y un 80% práctica, pues se trataba de una enseñanza puramente técnica orientada a formar ayudantes asistenciales subordinados a otros profesionales (25).

Por otra parte, un aspecto importante a considerar es la elevación del nivel formativo previo para acceder a la Diplomatura. Anteriormente, los estudios que se requerían para ingresar en los centros de formación de ATS eran el de Bachiller elemental o Graduado escolar, lo cual significaba 8 años de estudios previos. A partir de ahora, para optar a los estudios de Enfermería, una vez consolidada como carrera universitaria, se aumentaron a 12 los años de estudios necesarios al añadirse al Bachiller los de COU (Curso de Orientación Universitaria).

Por otra parte, otro de los cambios fue la eliminación de la formación separada por género, como había venido siendo en ATS, donde mientras que las mujeres estudiaban internas y cursaban asignaturas como “Enseñanzas del Hogar”, los hombres lo hacían en las Facultades de Medicina y estudiaban “Autopsia Médico-legal”. Es en 1977 cuando la formación enfermera se unifica para ambos sexos, lo cual hace que la profesión abandone una orientación casi exclusivamente femenina. Además, las Escuelas dejaron de estar en manos de órdenes religiosas, pues hasta entonces la mayoría de ellas estaban dirigidas por instituciones de este tipo. Tras estas permutas, se produce también un aumento significativo del número de alumnos en muchas escuelas (26).

Así, puede decirse que a partir de lo mencionado hasta aquí, la enfermería pasa a considerarse una profesión independiente con funciones propias, asistencial, administradora, docente e investigadora. Por medio de la función administradora, la enfermería es capaz de planificar, organizar, dirigir y controlar el trabajo de todo el equipo sanitario. En cuanto a la asistencial, los profesionales orientan su actividad hacia el cuidado de las personas, ayudándoles a mantener y a recuperar su salud en todos los planos. La función docente cobra ahora especial sentido histórico al ser la primera vez que las enfermeras toman las directrices de su formación, de la educación a la población en temas de salud, así como al resto del equipo sanitario, haciendo hincapié en la formación continuada y permanente. Todas estas funciones tienen como objetivo fomentar el estudio en el campo de la Enfermería y, en colaboración con los demás profesionales sanitarios, dar respuesta a los problemas de salud mediante la aplicación de cuidados de calidad, que requieren del desarrollo de la función investigadora (25).

De esta forma, haciendo referencia a la última función mencionada, el empleo del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), el cual se define como *“instrumento de trabajo del profesional que potencia una actitud dinámica, deliberada y consciente para reducir y/o resolver los problemas de Enfermería de manera ordenada y sistemática en cualquiera de las áreas o enfoques en que se desarrolle la práctica profesional”*, se configura como un elemento clave. Este no es sino la aplicación del método científico, que eleva a la Enfermería a la categoría de Ciencia y se desarrolla en cuatro fases: valoración, planificación, intervención y evaluación, que facilitan la consecución de los objetivos planteados, pues el proceso se orienta a búsqueda de soluciones y está dirigido hacia una meta, la salud de la persona. Es este hecho lo que le da sentido, al centrarse en el individuo como ser holístico, tener validez universal y adaptarse a todo tipo de situaciones, consiguiendo así una mejora en el proceso asistencial y un aumento de la calidad de los cuidados (25).

Los primeros años de implantación de los estudios universitarios no fueron fáciles, sobre todo en las Escuelas, donde los hasta entonces ATS solo podían ejercer como Monitores o Encargados de Curso, mientras la titularidad de las asignaturas y la Dirección seguía en manos de los Médicos. Por ello, para facilitar la docencia y responsabilidad de las asignaturas en los centros a los profesionales enfermeros, las Universidades abrieron una *“Venia Docendi”*. Asimismo, otro paso esencial fue la equiparación de los títulos de ATS a los de la nueva Diplomatura en Enfermería mediante un Curso de Nivelación de Conocimientos dirigido por Mari Paz Mompert desde la Universidad de Educación a Distancia (UNED), siendo los docentes los primeros en realizarlo. A través de este curso de homologación, en el que se incluía la nueva orientación y metodología enfermera haciéndose especial énfasis en la atención primaria, cerca de 100.000 enfermeros convalidaron sus títulos en todo el país (26).

Finalmente, la cuestión docente quedará resuelta con la puesta en vigor de la Ley de Reforma Universitaria (Ley Orgánica 11/1983, de 25 de agosto), por la que los propios enfermeros adquieren la capacidad de ser docentes en los centros (27). Al año siguiente, se publicó la *Orden de 7 de febrero de 1984 por la que se convocan y establecen las condiciones de*

*realización de las pruebas de idoneidad previstas en la Ley Orgánica de Reforma Universitaria para el acceso a las categorías de Profesor titular de Universidad y de Profesor titular de Escuela Universitaria (26, 28) que establecía la necesidad de pasar unas pruebas de oposición para ser docente universitario.*

## 1.2. LEY GENERAL DE SANIDAD ESPAÑOLA.

A finales de los setenta, España era un país en pleno proceso de renovación en todos los planos. Por ello, 1977, además de marcar el inicio de los estudios universitarios de Enfermería, es también cuando se crea el Ministerio de Sanidad Español que asumirá las competencias hasta entonces asignadas al Ministerio de la Gobernación. Pero además es el período en el que se celebran las primeras elecciones democráticas en España dando paso un año después, en 1978, a la aprobación de la Constitución Española. Como consecuencia de todo ello se produce una revolucionaria reforma de la Seguridad Social y la Sanidad, instaurándose el Instituto Nacional de Salud (INSALUD) para la gestión y provisión sanitaria del país.

En el conjunto de reformas, la publicación del *Real Decreto 137/1984 de 11 de enero, sobre Estructuras Básicas de Salud (8)*, describió las líneas básicas para la implantación de la Atención Primaria (AP) en España, basándose en la definición de salud propuesta por la OMS en 1948 y las declaraciones de la Conferencia de Alma-Ata en 1978. Por primera vez, se definen de manera legislativa los conceptos de Equipo de Atención Primaria y sus funciones, Zona Básica de Salud y Centro de Salud. Por otro lado, determina que la AP debe considerarse la puerta de acceso de los ciudadanos al sistema sanitario y pretende conseguir la máxima participación de los usuarios, con el propósito de mejorar la atención sanitaria y obtener así mejores resultados en salud.

La enfermería de Atención Primaria asumía así un nuevo papel gracias a la promulgación de la *Orden de 14 de Junio de 1984 por la que se modifica el Estatuto de Personal Auxiliar Sanitario Titulado y Auxiliar de Clínica de la Seguridad Social*. Se atribuyó a la Enfermería un rol autónomo y una responsabilidad propia en cuanto al *“fomento de la salud, la prevención de enfermedades y accidentes de la población”* además de atender a las actividades de rehabilitación y recuperación de la salud (29).

Para el nuevo colectivo enfermero, que optó por la Atención Primaria de salud, los comienzos no fueron fáciles, ya que muchos médicos no estaban de acuerdo con la reforma y la población se mostraba reacia pues estaban acostumbrados a otro tipo de intervenciones. Sin embargo, los buenos resultados finales en cuanto a la mejora de la calidad asistencial, lograron un gran reconocimiento de nuestra profesión por parte tanto de la sociedad, como del resto de profesionales (7).

El colofón a todo este proceso de cambio en el ámbito sanitario es la instauración de la Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril, ya que haciendo referencia a los artículos 43 y 49 de la Constitución Española reconoce la universalidad de la atención sanitaria a *“todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional”* (4).

Por primera vez, se contempla la promoción de la salud y prevención de la enfermedad en vez de estar únicamente enfocado a la curación de las mismas, aspectos procedentes de la declaración de Alma-Ata. Del mismo modo, derivando del título VIII de nuestro texto constitucional, traslada a las Comunidades Autónomas las competencias sanitarias reservando para el Estado una serie de ellas reflejadas en sus artículos 38, 39 y 40, los cuales hacen referencia a la sanidad exterior, las bases y coordinación general de la sanidad y a la legislación sobre productos farmacéuticos (11).

La primera Comunidad Autónoma en finalizar el traslado de las competencias fue Cataluña en 1981, seguida de Andalucía y el País Vasco en 1984, y posteriormente lo harían el resto de Comunidades a partir de la puesta en vigor de esta Ley en 1986, finalizando el proceso en 2001. A partir de aquí, en cada Comunidad Autónoma se constituye un Servicio de Salud integrado por la propia Comunidad Autónoma, Diputaciones y Ayuntamientos (11). Cantabria fue una de las últimas comunidades en completar la transferencia de competencias, creando el Sistema Cántabro de Salud en diciembre de 2001 (30).

Además de la Ley General de Sanidad, se lleva también a cabo la reforma de los hospitales, pues lentamente iban apareciendo problemas derivados de las nuevas demandas asistenciales y las instituciones no eran capaces de hacerles frente. La coexistencia de múltiples redes hospitalarias, además de incrementar los gastos, hacía difícil la gestión de los mismos y ocasionaba una atención de mala calidad. Por añadidura, no existían hasta entonces unos criterios mínimos para acreditar un establecimiento sanitario como hospital, el indicador más fiable que se tenía era el número de camas instaladas por cada 1.000 pacientes. La reforma hospitalaria tenía como objetivos optimizar el uso de los hospitales, humanizar y mejorar la asistencia sanitaria y coordinar los niveles hospitalarios, y estos, con la Atención Primaria (31).

La publicación del *Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, por el que se aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud* (32), recogerá las divisiones de los órganos de dirección de los hospitales, que habían sido previamente establecidas en la Orden de 28 de febrero de 1985 (9). A la vez, se concretan las actividades pendientes de la División de Enfermería, entre las que se encuentran “*dirigir, coordinar y evaluar el funcionamiento de las unidades y servicios de la División de Enfermería y las actividades del personal integrado en los mismos*” y “*promocionar y evaluar la calidad de las actividades asistenciales, docente e investigadoras desarrolladas por el personal de enfermería*”. De esta manera, queda patente la autonomía profesional del colectivo enfermero y su relevancia dentro del sistema sanitario.

### 1.3. HACIENDO DISCIPLINA, EDIFICANDO LA PROFESIÓN.

A finales de los años ochenta del siglo pasado, gracias al desarrollo efectivo de la ya mencionada Ley de Reforma Universitaria (LRU) de 1983, las Escuelas de Enfermería inician una gran transformación, que afectará tanto a la dependencia orgánica de estas como al personal docente enfermero. Las antiguas Escuelas de ATS pasan a denominarse Escuelas Universitarias de Enfermería y un gran número de ellas, hasta entonces dependientes del INSALUD y ligadas a los hospitales de las diferentes Comunidades Autónomas, se integran en la Universidad. Este fue el caso de la Escuela Universitaria de Enfermería de la “Casa de Salud Valdecilla”, que manteniendo el nombre de su creación en 1929, se integra en la U. de Cantabria por el Real Decreto 1025/1989 de 25 de julio publicado en el BOE el 10 de agosto (33). Asimismo, esto trajo aparejado el acceso de los cuerpos docentes universitarios siguiendo los requisitos marcados por la LRU para obtener una plaza de Profesor Titular de Escuela Universitaria. Estos hechos fueron cruciales para el avance de la disciplina enfermera en nuestro país, al ser los propios miembros de la profesión los que toman las riendas de la formación y la responsabilidad directa de sus propios Centros, y acceder a las direcciones de las Escuelas.

Por medio del *Real Decreto 1466/1990, de 26 de octubre* (34), se establece un nuevo plan de estudios para conseguir el título universitario de Diplomado en Enfermería y se ofrece un plazo de tres años a los centros para modificar el anterior y remitirlos al Consejo de Universidades para su homologación. En este nuevo programa se prima el proceso enseñanza-aprendizaje de los estudiantes y el fomento del pensamiento reflexivo y se introducen conceptos de

sostenibilidad y gestión eficiente, así como los elementos propios de la misma, de economía de salud, fomentándose además la investigación en el área enfermera. Del mismo modo, se determinan las competencias que debían obtener los diplomados al finalizar los estudios; las asignaturas pasan a configurarse por número de créditos en vez de por horas, existiendo una diferencia entre el valor de aquellos a nivel práctico y de los teóricos. El número de créditos debía ser superior a 180, pero no mayor a 240; así como las horas lectivas, que oscilan entre 20 y 30 horas semanales, incluyendo tanto las clases teóricas como prácticas.

Las asignaturas se distribuyen por áreas de conocimientos en función de la disciplina a la que pertenecen, y se establecen diferentes tipos. Por un lado, las troncales, que son aquellas estipuladas por el Ministerio, y de imperativo cumplimiento en todas las Escuelas de Enfermería. Por otro, las obligatorias, que quedan a criterio de cada Centro de formación enfermero y son específicas de la universidad correspondiente. Las optativas, ofertadas también por la universidad de manera que complementen el currículum. Por último, las asignaturas de libre configuración, las cuales pueden consistir en asignaturas de otras carreras universitarias, optativas dentro de la misma, o incluso puede tratarse de actividades extracurriculares, que el centro convalide con créditos de libre elección. Teniendo en cuenta la libertad otorgada a las universidades para confeccionar su propio plan de estudios, es entendible la variedad que existe dentro de nuestro país (34, 35) (Anexo 2).

Por otra parte, a nivel asistencial los cambios son también patentes, además del papel significativo que supone la figura de la enfermera en la Atención Primaria de Salud en los hospitales, el reconocimiento legal de las Direcciones de Enfermería, fue crucial. Este hecho permitió transformar un modelo de atención basado en la dependencia médica y distribuido por tareas, por otro organizado por pacientes en el que las enfermeras asumen la responsabilidad del cuidado. En este sentido, hay que remarcar la importancia de la instauración dentro de los equipos de gestión enfermera de las Áreas de Formación e Investigación, así como de Calidad. Estas fueron esenciales en el cambio de cultura hospitalaria al poner en marcha entre otros, la Historia de Enfermería y la elaboración de Protocolos con el fin de conseguir una atención más eficaz y eficiente. Igualmente, cabe destacar que en los años noventa se aprecia un aumento del número de publicaciones científicas y trabajos de investigación enfermeros.

#### 1.4. COMPETENCIAS ENFERMERAS.

Pese al gran cambio sucedido en la profesión durante las décadas de los 70, 80 y 90, tanto en el nivel académico como en el profesional, las competencias legales enfermeras continuaban siendo las mismas que habían definido a los ATS años antes. El Decreto que regulaba esta situación no era otro que el *Decreto 2319/1960, de 17 de noviembre, sobre el ejercicio profesional de Ayudantes técnicos sanitarios, Practicantes, Matronas y Enfermeras* (36), ya que durante un tiempo convivieron diversidad de titulaciones con formaciones diferentes. Sin embargo, estos profesionales tenían en común un enfoque orientado hacia el curar por medio de la realización de tareas señaladas por los médicos, pues dictamina *“siempre que su actuación se realice bajo la dirección, o indicación de un médico”*, perspectiva muy diferente a la que tenían los profesionales de enfermería a finales del siglo XX.

Pero además, haciendo referencia al Decreto anteriormente mencionado, parece oportuno aludir aquí al artículo sexto del mismo, donde se expone que cualquier institución hospitalaria o sanatorial, pública o privada, podrá *“utilizar personal femenino no titulado, que actuando exclusivamente dentro del régimen de las mismas, cumplan funciones de asistencia de carácter familiar, aseo, alimentación, recogida de datos clínicos y administración de medicamentos a los*

*enfermos, con exclusión de la vía parenteral*". Asimismo, en este documento se especifica que a este "personal femenino" se le denomine Auxiliar de Clínica (36).

Con todo ello, a pesar del conjunto de cambios significativos para la profesión tras el inicio de la Diplomatura, como las nuevas estructuras dentro del sistema sanitario, entre ellas la Atención Primaria, la aplicación del mencionado Proceso de Atención de Enfermería (PAE), las nuevas leyes respecto a la dirección de los hospitales o la modificación del Plan de Estudios del 90, las competencias enfermeras continuaban sin estar reguladas debidamente.

Así, hubo que esperar al inicio del nuevo siglo XXI, concretamente al año 2003, para que entrara en vigor una Ley que regulará las competencias de los profesionales enfermeros. Esta nueva normativa, la *Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS)*, describe ambiguamente las funciones de los diplomados exponiendo que les corresponde a los profesionales enfermeros "la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades" (12). Establece una base para que las diferentes profesiones sanitarias pacten sobre ellas y determinen sus competencias. Esta Ley está orientada a los diplomados, y no contempla la realidad de los graduados, por lo que puede decirse que está obsoleta.

A día de hoy, no hay ningún documento legal en el que se regulen de manera oficial las competencias a desempeñar por parte del colectivo enfermero, cada hospital determina de manera poco concreta cuales son las funciones de cada profesional. Sin embargo, al no estar debidamente delimitadas, en muchas ocasiones se generan conflictos con otros profesionales por la intromisión en la realización de las funciones enfermeras. Esta situación ocasiona enfrentamientos entre los diferentes profesionales, principalmente Técnicos Sanitarios y médicos, llegando en muchos casos al Tribunal de Justicia.

A medida que nuestra profesión evoluciona y crece los nuevos enfermeros adquieren la capacidad para aumentar su abanico de competencias a la hora de trabajar. Un ejemplo de ello es la introducción en nuestro país a finales de los años noventa de los Diagnósticos de Enfermería, por medio de las taxonomías NANDA, NIC, NOC. La utilización de estas taxonomías en la práctica clínica estandariza el lenguaje enfermero y permite crear planes de cuidados utilizando un razonamiento crítico, lo cual repercute en la mejora de la calidad de los cuidados (37).

#### 1.5. ESPECIALIDADES DE ENFERMERÍA.

El cambio de titulación de Diplomado Universitario en Enfermería conllevó la creación de especialidades enfermeras, las cuales se establecieron por medio del *Real Decreto 992/1987 de 3 de julio, por el que se regula la obtención del título de Enfermero especialista* (38). En la realidad, nunca llegó a desarrollarse, excepto la de Enfermería Obstétrico-Ginecológica, pues, tras la incorporación de España a la Comunidad Económica Europea en 1986, nuestro país se ve obligado a seguir sus directrices sobre la regulación de la formación y actividades de las matronas (39).

Después de décadas de reclamaciones pidiendo el reconocimiento de las especialidades enfermeras para mejorar la calidad de los cuidados, la Administración Pública comienza a revisar el Real Decreto de 1987. Tras largas negociaciones y análisis de las necesidades de la sociedad, en 2004 se redacta un Proyecto de Ley, que entra en vigor al año siguiente por medio del *Real Decreto 450/2005, de 22 de abril sobre especialidades de Enfermería* (14), en el que se determina la base para la creación de las mismas. Finalmente, pese a ser siete las especialidades descritas, al igual que en el 87, tan solo se han desarrollado seis, y únicamente

las de Matrona y Enfermera de Salud Mental cuentan con puestos de trabajo específicos en todo el territorio nacional.

El título de Enfermero Especialista se obtiene por medio del examen Enfermero Interno Residente (EIR), cuyo contenido proviene de los estudios del Grado en Enfermería, pero no hay un programa o temario oficial. En los primeros años de establecimiento de las especialidades, existió la posibilidad de obtener el título por una vía extraordinaria para aquellas personas que lo solicitasen y reunieran alguno de los siguientes requisitos:

1. *Haber ejercido como enfermero las actividades propias de la especialidad que se solicite durante un período mínimo de cuatro años.*
2. *Haber ejercido como enfermero las actividades propias de la especialidad que se solicite durante un período mínimo de dos años, siempre que, además, se acredite la adquisición de una formación continuada acreditada, según lo previsto en la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de al menos 40 créditos en el campo de la respectiva especialidad. Se considerará cumplido el período de formación complementaria cuando el interesado acredite estar en posesión de un título de posgrado de carácter universitario que incluya una formación relacionada con la respectiva especialidad no inferior a 20 créditos o 200 horas.*
3. *Haber ejercido durante al menos tres años como profesor de Escuelas Universitarias de Enfermería y adscritas, en áreas de conocimiento relacionadas con la especialidad de que se trate, siempre que, además, se acredite al menos un año de actividad asistencial en actividades propias de la especialidad solicitada (40).*

Por esta vía se podían solicitar todos los títulos de especialista a excepción del de Enfermero Obstétrico-Ginecológico. Una vez finalizado en 2011 el plazo para solicitar la Especialidad de manera extraordinaria, la única opción para obtener el título de especialista es por medio del examen EIR. Este se celebra anualmente y en él se ofertan una serie de plazas para las diferentes especialidades; una vez superado y elegida una u otra especialidad, se inicia el periodo de residencia con prácticas remuneradas de dos años de duración.

La oferta de estas plazas es escasa, pues en el año 2016, en el examen realizado el 28 de enero de 2017, se convocaron 994 plazas (41), 26 más que en 2015, divididas en seis especialidades, siendo la de enfermería Obstétrico-Ginecológica en la que más plazas se ofertaron, 368, seguida de Enfermería Familiar y Comunitaria con 293, y Enfermería en Salud Mental, 183. En el ámbito de Enfermería Geriátrica se ofertaron únicamente 19 plazas, y teniendo en cuenta los cambios demográficos producidos en la sociedad, donde casi el 20% de la población tiene más de 65 años (42), cifra que irá en aumento durante los próximos años, se debería modificar la oferta de plazas para adaptarla a las necesidades de la población a medio y largo plazo.

El número de candidatos que se presentaron para estas plazas fue un total de 10.456 graduados y diplomados en Enfermería, convirtiendo a los enfermeros en el colectivo más numeroso que se presenta a estas pruebas, seguidos por los médicos. No obstante, el número de plazas ofertadas para los Médicos Interno Residentes es mayor. Mientras que los Graduados en Medicina no pueden dedicarse a la especialidad si no tienen el MIR, el EIR se convierte en un requisito indispensable únicamente a la hora de ejercer de Matrona, pues para las demás especialidades no es imprescindible poseer el título y carecen de bolsa específica y plazas destinadas a ellas.

Poco a poco las diferentes Comunidades Autónomas van aceptando las especialidades enfermeras, pero de manera desigual en cada una. Así, Aragón, Baleares, Canarias, Cantabria, Extremadura, Galicia, Comunidad Valenciana y Murcia reconocen la especialidad de Salud Mental. Sin embargo, solo es solicitada en las Comunidades de Castilla y León, Extremadura,

País Vasco y Murcia. La Enfermería del Trabajo, en Andalucía, Canarias, Cantabria, Extremadura, Galicia, Murcia y Comunidad Valenciana. Las Comunidades de Canarias, Murcia y Comunidad Valenciana han reconocido Familiar y Comunitaria, mientras la especialidad Pediátrica solo se reconoce en Murcia y Canarias, siendo en esta última la única Comunidad que reconoce la Especialidad de Enfermería Geriátrica (43).

El hecho de que se forme a profesionales especialistas durante dos años en un área de cuidado, en el que finalmente van a realizar el mismo trabajo que los enfermeros generalistas, se traduce en un derroche por parte del Estado y un desaprovechamiento del potencial de estos profesionales. Aun cuando la instrucción enfermera se realiza de forma holística y se prepara a los profesionales para que sepan prestar cuidados en todos los ámbitos, no quiere decir que los enfermeros sirvan para todo y puedan trabajar un día en la Unidad de Cuidados Intensivos, al día siguiente en Urgencias y después en la planta de Pediatría. Estos cambios no solo los sufren los profesionales, lo más grave es que perjudica también a los pacientes. Por añadidura, no se les reconoce de ninguna manera a los Especialistas los dos años extra de formación, pues la retribución es igual a la de los enfermeros polivalentes y el tiempo dedicado a la especialización no se tiene en cuenta en la bolsa de empleo.

#### 1.6. PLAN BOLONIA: LOS INICIOS DEL GRADO.

El proyecto del Plan Bolonia se inició en 1998, entró en vigor en 2005 y se instauró en las universidades españolas en 2010. Por medio de este proceso la Unión Europea establece las competencias generales para todos los países miembros, de manera que todas las titulaciones sean equiparables a nivel internacional dentro de los países de la Unión. En base a estas directrices, cada universidad tuvo libertad para desarrollar sus propios planes de estudio, razón por la que en ocasiones se aprecia gran variabilidad de los mismos en unas a otras dentro del mismo territorio nacional.

Con la introducción de los estudios de Grado los profesionales enfermeros vuelven a sufrir una reestructuración en su formación. Uno de los aspectos más llamativos es el aumento de tres a cuatro años de estudios y, a diferencia del plan anterior, donde las prácticas comenzaban casi al mismo tiempo que las clases teóricas en el primer curso, ahora constituyen una materia más denominada Practicum, que en la mayoría de las universidades no comienza hasta finales del segundo curso académico. Conjuntamente, se introdujo el aprendizaje basado en competencias, el cual ha derivado en el desarrollo de nuevas metodologías dedicadas a la adquisición de las mismas y, por ende, en sistemas de evaluación que certifiquen que el estudiante las ha adquirido al finalizar el Grado (22).

Del mismo modo, se introduce el sistema de créditos ECTS (European Credit Transfer and Accumulation System), que difieren de aquellos utilizados anteriormente en el valor del número de horas. Estos nuevos créditos equivalen a 25 horas, aunque en el cálculo no se contemplan únicamente las lecciones magistrales, sino también las Prácticas de Aula y Laboratorio, las Prácticas Clínicas, las tutorías y el tiempo de estudio autónomo. Para obtener el título de Grado, que consta de un total de 240 créditos, es necesario realizar un Trabajo de Fin de Grado, en el cual se debe reflejar todo lo aprendido durante la carrera (44) (Anexo 3).

El establecimiento del aprendizaje por competencias requirió una reestructuración de los planteamientos docentes previamente existentes en nuestro país, lo cual supuso una oportunidad de mejora. Este método de aprendizaje se acerca más a la realidad del desempeño ocupacional requerido por los trabajadores. A través del mismo se pretende mejorar la calidad y la eficiencia en la práctica con formación de base amplia, que reduce el riesgo de obsolescencia en sus conocimientos, creando trabajadores más integrales y

concedores de su papel en la organización. Estas características son muy importantes en la práctica de nuestra profesión, y ya se venían recalcando desde hacía tiempo en la formación enfermera (16).

La introducción del Practicum pretende que los alumnos adquieran las competencias prácticas en relación con la capacidad de ofertar cuidados competentes a los usuarios de los diferentes centros asistenciales. La idea es funcionar como hilo conductor entre la teoría y la práctica, de manera que los conocimientos se asimilen más fácilmente. A la hora de valorar la actuación de los alumnos en el aprendizaje práctico influyen aspectos muy diferentes, por lo que no es sencillo calificarlo. En este sentido, según se desprende de un estudio realizado en el año 2012 por la Escuela Enfermería Fundación Jiménez Díaz- Universidad Autónoma de Madrid, es necesario generar nuevos instrumentos que permitan certificar el nivel de competencias alcanzado. Además, es importante para nuestra disciplina, no tener en cuenta únicamente las competencias que exige el Ministerio a las Titulaciones de Grado en Enfermería, sino prestar atención también a aquellas que exige la sociedad a los profesionales enfermeros. El método que proponen en su estudio es un cuestionario mediante el que los pacientes valoran la atención recibida por los alumnos, ya que en nuestra profesión el trato con ellos es clave y muy importante a tener en cuenta para poder mejorar la calidad asistencial (45).

Una vez que se pusieron en marcha los nuevos estudios de Grado en las universidades se llevaron a cabo diferentes cursos de adaptación de la antigua Diplomatura al nuevo título. Sin embargo, no se impartieron en todas ellas y las que lo realizaron lo hicieron bajo su propio criterio. No obstante, las competencias que adquieren los nuevos graduados no difieren en gran medida de aquellas obtenidas en la diplomatura pese a tener un curso académico menos, ya que en ambos casos, se sigue la normativa europea y se tienen las mismas asignaturas obligatorias, la única excepción es el Trabajo Fin de Grado.

Los enfermeros graduados reciben una formación orientada a crear enfermeros generalistas con la habilidad de promover, fomentar y restablecer la salud de la población, con capacidad para gestionar recursos tecnológicos, científicos y humanos y de ofrecer cuidados de calidad a la comunidad (46).

Con la instauración del Grado quedó abierta la posibilidad de realizar Postgrados y Doctorados eliminando el techo de cristal que había existido hasta el momento a la hora de acceder a una Educación Superior. Para llevar a cabo el Doctorado es necesario haber realizado previamente un posgrado por una de las siguientes vías: la vía profesional o la vía académica. La vía profesional implica la realización del examen EIR, que he explicado anteriormente. Mientras que la académica se consigue a través de la realización de un Máster Oficial. El objetivo es la especialización académica, profesional o la iniciación en el ámbito investigador. Estos estudios se componen de 60 o 120 créditos ECTS, lo cual equivale a uno o dos cursos académicos (46).

Para acceder al tercer ciclo de estudios universitarios oficiales, el Doctorado, es necesario la obtención de un título de un Máster previo o la especialización por medio del EIR. La realización de los doctorados puede planearse en tres o cuatro años, y finaliza con la elaboración y defensa de una tesis doctoral sobre un tema original de investigación, pues uno de sus objetivos principales es la formación de nuevos investigadores para promover la Ciencia Enfermera (46). Anteriormente a la implantación de los estudios de Grado, aquellas enfermeras o enfermeros que querían obtener un doctorado debían cursar una segunda titulación de grado superior, normalmente de Ciencias Sociales como por ejemplo Sociología, Antropología o Humanidades. De hecho, la mitad de las enfermeras docentes poseen un doctorado en alguna de esas disciplinas, mientras que todavía, aquellas que son Doctoras en Enfermería representan a una minoría.

El número de Doctores en Enfermería todavía es escaso, lo cual supone un problema a la hora de encontrar docentes titulares para la formación de futuros profesionales, aunque en 2016 se ha observado una tendencia al aumento de enfermeras doctoras en los centros universitarios (26), situación que esperamos que se mantenga al alza.

### 1.7. PRESCRIPCIÓN ENFERMERA

Como he mencionado previamente, las competencias enfermeras no están bien definidas, tanto es así, que hasta hace dos años había un vacío legal en cuanto a la dispensación de algunos medicamentos y productos sanitarios por parte de la enfermería. En un intento por regularizar la situación, el Consejo General de Enfermería de España se movilizó apoyándose con una encuesta realizada en 2006 sobre la prescripción enfermera, buscando el reconocimiento legal de dicha actividad. El 75% de las respuestas obtenidas fueron, que las enfermeras sí prescriben habitualmente, un 33% lo hace de manera independiente, un 88% realiza la prescripción de forma dependiente y/o colaborativa y un 44% mediante protocolos. Las áreas clínicas en las que se obtuvo un mayor resultado fueron en el tratamiento de pacientes crónicos y urgencias, seguido por las enfermeras que ejercen su actividad en las áreas de Salud Mental y las Matronas (47).

A pesar de estos esfuerzos, el movimiento terminó de manera desfavorable para nuestro colectivo, pues en 2015 se publicó el *Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros* (48), en la que se declaró que la enfermería no puede administrar ninguno de ellos sin que lo prescriba anteriormente un médico. Esto ha generado una situación de conflicto aún no resuelta, ya que no contempla para nada la realidad de la profesión enfermera en nuestro Sistema Nacional de Salud.

Son muchas acciones que se realizan protocolariamente y siguiendo las guías de práctica clínica que actualmente no están cubiertas por este Real Decreto. Un ejemplo de ello son las vacunas que se administran por protocolo, la medicación que prescriben las matronas cuando atienden un parto de manera autónoma o incluso, el uso de determinados tipos de apósitos o pomadas a la hora de realizar curas de heridas, úlceras o quemaduras (47).

La prescripción enfermera constituye una herramienta fundamental para garantizar la continuidad de los cuidados y agilizar la toma de decisiones respecto a la salud del paciente. La promulgación de este Real Decreto ha supuesto un retroceso en el desarrollo de la Enfermería y en la atención sanitaria, que se traduce en un aumento del tiempo de espera para los pacientes, de gestiones y de burocracia, puesto que los enfermeros no podrán actuar hasta que el médico haya valorado al paciente, determinado el diagnóstico y elaborado una receta o protocolo a seguir.

## CAPÍTULO 2. UN NUEVO ROL ENFERMERO PARA NUEVOS TIEMPOS.

### 2.1. LA SOCIEDAD DEL SIGLO XXI.

La sociedad española ha cambiado radicalmente en los últimos años fruto de los grandes avances producidos en todos los ámbitos, las investigaciones científicas y la globalización. Este último fenómeno ha generado una gran dependencia de unos países con otros, de manera que una pequeña acción en uno de ellos tiene una gran repercusión en los demás. Un hecho al que no es ajeno nuestro país. Este flujo no es meramente económico, relacionada con la importación y exportación de productos, sino también social, como las migraciones. A lo largo de los años, España ha sido fuente de trabajadores para el resto de países, mayoritariamente europeos, ya que gracias a la libre circulación de personas, muchos ciudadanos han emigrado buscando mejores oportunidades laborales, algo que se acentuó con la llegada de la crisis económica en 2008. Pero nuestro país no es únicamente emisor de emigrantes, también recibe un gran número de inmigrantes anualmente. A los movimientos migratorios habituales hay que sumarle la gran crisis de refugiados que está asolando Europa provenientes de África y Oriente Medio, que huyen de los conflictos e inestabilidad de sus países y acuden en busca de una vida mejor.

Es justamente gracias a estos movimientos migratorios, concretamente a los inmigrantes que nuestro país recibe, que la población española sigue creciendo, ya que ha sufrido un incremento de 22.274 personas en el pasado año 2016. Aunque desgraciadamente, sin contar con las migraciones, el saldo vegetativo del país es negativo, puesto que, por primera vez, desde 2015 el número de muertes anuales es superior al de nacimientos, produciéndose el año pasado 205.836 fallecimientos frente a tan sólo 197.606 nacimientos (42). El índice de fecundidad de nuestro país es uno de los más bajos de la Unión Europea, 1,56, y sería más bajo aún si no se computaran las madres extranjeras, pues contando únicamente con las españolas se quedaría en 1,27. Para asegurar el remplazo generacional España necesita un mínimo de 260.000 nacimientos más de los que se producen anualmente. En concreto, en la Comunidad Autónoma de Cantabria la situación es aún más alarmante que la de la media española, ya que el índice de fecundidad en nuestra comunidad se encuentra en 1,15, lo cual indica que se tiene apenas un hijo por mujer (49). Estos datos tan importantes deberían encontrarse en la agenda política tratando de buscar soluciones en vez de ignorarlos.

Dentro del tema de la natalidad, otro factor que pone freno al aumento de las familias es la precariedad laboral. En este sentido, las políticas actuales, lejos de ayudar, provocan que los jóvenes que se encuentran en edad de procrear vivan pobremente a base de contratos basura y sueldos que apenas rozan los 600 euros, por lo cual ni se plantean la posibilidad de crear una familia. Esta situación es más acentuada en las mujeres que en los hombres, pues en muchas ocasiones son penalizadas si expresan el deseo de querer ser madres o de quedarse embarazadas. Por esta razón, la edad de maternidad se retrasa cada vez más situándose en los 31,18 años convirtiendo a nuestro país en el estado europeo en el que se tienen los hijos más tarde. En la Comunidad Cantabria la edad de maternidad se retrasa todavía más, hasta los 32,3 años (49).

En la línea de lo expuesto, otro tema importante es el gran cambio que se ha producido en las estructuras familiares. En nuestro país cada vez se producen menos matrimonios a la vez que aumentan las parejas de hecho, las cuales se han triplicado desde 2001. Los matrimonios, además de ser escasos, son tardíos, pues los españoles se casan a una edad media de 35,4 años. En esta misma línea se producen cada vez más divorcios y separaciones, ya que anualmente se dan más de 105.000 rupturas familiares en España, el mayor número de ellas en la Comunidad Canaria, pues se rompen casi 9 de cada 10 matrimonios. Paradójicamente, ha aumentado el número de familias numerosas, las cuales sostienen la natalidad del Estado. También ha aumentado el número de familias monoparentales, que conforman el 10% de los

hogares y el número de los niños nacidos fuera del matrimonio, el cual supera la media europea y se sitúa en el 42,5% de todos los nacimientos (49).

Con lo relatado hasta aquí, la disminución de la tasa de natalidad, unida al éxito de las políticas socio-sanitarias, que han favorecido el aumento de la esperanza de vida, se traduce en el progresivo envejecimiento de la población. España es el país con la mayor esperanza de vida al nacer con 83,3 años, precedido únicamente por Japón con 83,7 (50). Esta situación ha llevado a que la media de edad española haya pasado de ser 28 años en 1990 a los 42,7 en 2016, apreciándose un envejecimiento poblacional paulatino, que sin embargo no solo afecta a nuestro país. Actualmente el 12,3% de la población mundial tiene más de 60 años y se prevé que para 2050 sean el 21,5% (Anexo 4). España se encontrará en el “top ten” de los países más envejecidos del mundo con una población mayor de 60 años de 41,4%, precedido únicamente por Japón (42,5%) y Corea del Sur (41,5%) (51).

En definitiva, en tan solo menos de medio siglo el modelo de sociedad española y su estilo de vida ha cambiado radicalmente. Esto se aprecia en que hace 50 años las personas acostumbraban a hacer mucho más ejercicio, ya fuera por la realización de trabajos físicos, especialmente en el campo en el ámbito rural o por la manera de desplazamiento, ya que la gente estaba habituada a caminar. Hoy en día, la propagación del uso de los automóviles y el cambio del ritmo de vida han afectado negativamente a la práctica de actividad diaria. Los trabajos habitualmente son estáticos, los desplazamientos se realizan en vehículos motorizados y al llegar a sus casas las personas eligen sentarse frente al televisor u ordenador antes de salir a practicar algún deporte. Actualmente, el 73% de la población española entre 18 y 74 años es sedentaria, es decir, realizan menos ejercicio del que les convendría para mantener su salud. Cabe destacar, que en el caso de las mujeres la cifra es superior a la de los hombres, ya que el 80% de las mujeres reconoce encontrarse por debajo del umbral de actividad diaria recomendada, frente al 66% de los hombres (52). El número de afectados por algunas de las enfermedades crónicas más comunes, como la hipertensión, la hipercolesterolemia, la diabetes o la depresión se reduciría notablemente si los ciudadanos se volvieran más activos. Un estudio llevado a cabo por la Agencia Española de Protección de la Salud en el Deporte en 2016 especifica, que el riesgo de sufrir algunas de estas enfermedades se duplica debido a la inactividad física y también expone la disminución del uso de fármacos en personas activas (52).

A la reducción de la actividad física hay que añadir los cambios en los hábitos alimenticios. Nuestro país siempre ha presumido de tener uno de los tipos de alimentación más variada y saludable: la dieta mediterránea. Desgraciadamente, a día de hoy, muchas personas están dejando de lado esta dieta y sustituyéndola por comida rápida y alimentos ricos en azúcares y grasas saturadas, que a menudo es más barata y más fácil de obtener. Ambos factores afectan negativamente en la salud de la ciudadanía, tanto por sí mismas, como por ser precursoras de otras patologías crónicas, ya que son el principal factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares, la diabetes o algunos tipos de cáncer. Esto, además de afectar a los adultos, está suponiendo un gran problema de salud para la población infantil como lo demuestra el hecho de que en España, uno de cada tres niños tiene exceso de peso, cifra que nos sitúa en el puesto más alto de la Comunidad Europea y entre los primeros del mundo (5).

Otro de los importantes determinantes de la salud que afectan directamente a las enfermedades crónicas es el consumo de drogas, en los que se incluyen aquellas legales, como lo son el tabaco y el alcohol. El consumo de dichas sustancias es el causante de un gran porcentaje de las enfermedades crónicas diagnosticadas anualmente y de las muertes asociadas a las mismas. Un 93,1% de la población entre 15 y 64 años ha tomado bebidas alcohólicas en alguna ocasión (53).

El tabaco es la segunda droga más extendida entre la población, ya que un 73% de la población ha fumado alguna vez y un 27% de ellos lo hace a diario (42) . Un gran avance en la lucha contra el consumo de tabaco es la *Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco* (54), por la cual se prohibió fumar dentro de los lugares de trabajo, tanto públicos como privados, y centros culturales. Así como su posterior modificación en 2011 con la *Ley 42/2010, de 30 de diciembre de 2010* (55), que extiende la prohibición de fumar a cualquier tipo espacio de uso colectivo, local abierto al público, que no esté al aire libre. Ambas, han supuesto un logro en la protección de los ciudadanos de los efectos nocivos de la droga, especialmente los niños y los no fumadores, pues se estima que más de 600.000 muertes anuales en todo el mundo son debidas al tabaquismo pasivo (5).

A pesar de que el consumo de drogas legales ha aumentado ligeramente en los últimos años, el empleo de aquellas ilegales ha disminuido. Aun así, de estas últimas cabe destacar el consumo de cannabis y el de la cocaína, pues son las más populares entre la población (53).

Todos estos determinantes de la salud, unidos al progresivo envejecimiento de la población y al aumento de la esperanza de vida, tienen como consecuencia un incremento en la prevalencia de las enfermedades no transmisibles y el número de personas dependientes. Como ya predijo la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1999 “... *Sobre la base de las tendencias actuales se prevé que, para 2020, estas enfermedades [crónicas] serán la causa del 73% de la mortalidad y del 60% de la carga de morbilidad*” (5). Aunque no es hasta 2005 cuando recomienda el abordaje de las enfermedades crónicas a nivel global, la cronicidad se ha convertido actualmente en el mayor reto a afrontar por parte el sistema sanitario. Dos tercios de la población mayor de 65 años y alrededor de un cuarto de la población general presentan multimorbilidad, que se entiende como la coexistencia de dos o más enfermedades crónicas en una misma persona. La complejidad de estas enfermedades está directamente relacionada con la pérdida de calidad de vida, la obtención de peores resultados en salud y una mayor grado de dependencia (56).

La principal causa de muerte en España son las enfermedades del sistema circulatorio (117.393), seguidas por los tumores (110.278) y a más distancia por las enfermedades del sistema respiratorio (43.841). No obstante la primera causa de defunción en hombres son los tumores, patología que causa la mayoría de las muertes entre los 40 y 79 años, independientemente del sexo (42) (Anexo 5). La mayoría de estos fallecimientos son originadas por enfermedades crónicas, que silenciosamente se asientan en el organismo para para finalmente se desencadene un fallo que traiga consigo la muerte del individuo. Se calcula que el consumo de tabaco, el abuso de alcohol, el sedentarismo y la alimentación no saludable, son la causa de alrededor del 80% de las enfermedades cerebrovasculares y coronariopatías.

Durante los últimos años, también se ha comenzado a dar visibilidad a un gran abanico de problemas sociales, hasta ahora ocultos, o que directamente nunca se han considerado como un problema. Algunos de ellos son la violencia de género, en todas sus formas, y el acoso, tanto escolar (bullying) como laboral (mobbing). En el año 2016 fallecieron en España 44 mujeres a manos de sus parejas o exparejas, dejando huérfanos a 26 menores y solo el 36% de ellas había denunciado previamente al agresor. El inicio del 2017 ha sido uno de los peores años en cuanto a violencia machista se refiere, pues que a fecha de 29 de mayo son ya 27 las mujeres asesinadas, uno de los peores comienzos de año desde 2008, en el que murieron 76 mujeres (57).

Pero la violencia machista no se refiere únicamente al número de mujeres asesinadas, sino a todas aquellas que sufren cualquier tipo de violencia, ya sea física, sexual, psicológica o económica. Se estima que más de 53.000 mujeres son maltratadas diariamente en nuestro

país. Empero del récord de llamadas al 016, teléfono de la delegación del gobierno para la violencia de género, los casos siguen en aumento y pese a la sensibilización de la población con respecto a estos temas, muchos casos de violencia machista se dan en jóvenes menores de edad.

Los profesionales sanitarios tenemos la obligación de ayudar a estas mujeres. Por medio de la campaña “Hay salida”, se pretende sensibilizarlas ante situaciones de violencia de género para que confíen en el personal sanitario de los centros de salud y les cuenten la situación por la que están pasando. Para ello, es necesario tener la formación y la capacitación necesaria para actuar adecuadamente en estos casos.

Debido a la creciente prevalencia entre los jóvenes, es necesario intervenir también en los centros educativos y poner en marcha campañas de sensibilización para los adolescentes. No únicamente relacionadas con la violencia machista, sino también con el bullying, pues uno de cada 10 alumnos en nuestro país asegura haber sufrido acoso escolar. Es primordial que los niños conozcan cómo detectarlo y combatirlo.

Todas estas situaciones han llevado en muchas ocasiones a que la víctima decida poner fin a su vida para acabar con el sufrimiento que esto le causa. A nivel mundial, el suicidio causa cerca de 800.000 muertes al año y, pese a que las mujeres lo intentan tres veces más que los hombres, son ellos quienes terminan consumándolo en más ocasiones. En nuestro país, en el año 2015 se produjeron 3.602 suicidios, tres cuartos de los cuales fueron cometidos por hombres, disminuyendo por primera vez desde 2010, cuando había iniciado su alza. Estos números convierten al suicidio en la principal causa externa de muerte del país (58).

## 2.2. CAMBIOS EN EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL.

Aunque el perfil del paciente y el patrón de las enfermedades ha cambiado, nuestro sistema de salud no ha conseguido aún adaptarse totalmente (59). El Sistema Sanitario Español se encuentra entre los mejores de Europa y del mundo, ya que ofrece unos servicios públicos, universales y gratuitos de gran calidad. Sin embargo, la atención sanitaria continúa manteniendo un enfoque curativo en lugar de preventivo, se prioriza la resolución de las patologías agudas sin tener en cuenta el contexto de la enfermedad y los cuidados añadidos que puedan precisar, lo cual deriva en una deficiente atención y en una peor calidad de los cuidados.

Otro aspecto que a destacar entre las ineficiencias de nuestro Sistema de Salud es la falta de coordinación entre los diferentes niveles asistenciales (Atención Primaria y Atención Especializada) y entre los sistemas sanitario y social. Los pacientes que padecen enfermedades crónicas y, en especial aquellos que sufren comorbilidad, reciben una peor atención, en muchas ocasiones segmentada y contradictoria debido a la falta de comunicación entre los servicios, lo cual se traduce en una peor calidad asistencial y un mayor riesgo de hospitalizaciones evitables. Además, son precisamente de estos pacientes, normalmente de edad avanzada, los que generan mayor demanda de atención y hacen más gasto de los diferentes servicios. Para un adecuado abordaje de la cronicidad se requiere garantizar la continuidad de los cuidados centrandolo en las necesidades del paciente y fomentar el trabajo en equipos multidisciplinares compuestos por profesionales sanitarios y sociales (56, 60, 61). Dentro de nuestra Comunidad de Cantabria, existe el Plan de Atención a la Cronicidad de Cantabria 2015-2019, que pretende servir como guía en el abordaje de los pacientes con patologías crónicas (62).

Asimismo, es preciso que el Sistema Sanitario ofrezca un enfoque integral, en el que además de coordinar los diferentes servicios, se promuevan las actividades preventivas y se implique

tanto el paciente como el cuidador y la familia en su autocuidado (59). La formación de pacientes activos, ciudadanos capaces de responsabilizarse del cuidado de su salud con ayuda de los profesionales sanitarios y con motivación para mejorar su calidad de vida y el proceso de su enfermedad, es imprescindible para la sostenibilidad y buen funcionamiento del Sistema de Salud actual. Estos pacientes deberían tener un buen acceso a la educación sanitaria, ser conscientes de su estado de salud, mantener una relación estrecha con los profesionales sanitarios y adquirir autonomía para ser partícipes de la toma de decisiones (63).

Con el fin de mejorar el Sistema Nacional de Salud, de manera que pueda dar respuesta a las necesidades de la población, no es necesario un aumento de los recursos, sino una redistribución de los mismos. Para ello, entre otras cosas, es necesario fortalecer el papel de los profesionales médicos y enfermeros de Atención Primaria (60). Desde estos servicios se debería fomentar la promoción de la salud en todos sus ámbitos, pues gran parte de las patologías no transmisibles pueden ser evitadas si se eliminan los factores de riesgo. Esta tarea no tiene que ser llevada a cabo exclusivamente en los centros de salud, sino que es necesario que se desarrolle en toda la Comunidad contando con la ciudadanía, de manera que se promueva la autonomía, el autocuidado y los estilos de vida saludables (61).

Por otra parte, con el fin de garantizar la comunicación entre los distintos niveles asistenciales, deben aprovecharse al máximo las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC). Entre las funciones que esenciales para asegurar la coordinación entre los diferentes ámbitos está la recopilación y uso compartido de la información clínica con la creación de una Historia Clínica Electrónica común (61).

Otro de los aspectos del abordaje de la cronicidad consiste en priorizar la atención domiciliaria ante las descompensaciones de salud. Esto, además de ahorrar gastos, permite un resultado más satisfactorio para los pacientes que pueden mantener el control sobre sus cuidados y la mejora su calidad de vida, evitando el ingreso de pacientes complejos en los hospitales, lo que suele conllevar malos resultados, como iatrogenia o enfermedades nosocomiales (64).

La atención domiciliaria debería ser impulsada a manos de enfermeras resolutivas pues es la mejor estrategia costo-efectivas para estos pacientes. Esto implica contar con las personas cuidadoras no profesionales, en su mayoría mujeres, que se encargan de proporcionar los cuidados al paciente en su domicilio. Desde la Atención Primaria debe abordarse la situación de estas personas, no únicamente por medio de la educación sobre los cuidados del paciente, sino también, incluyendo los aspectos del propio cuidador, solucionando problemas, previniendo los que puedan acontecer y disminuyendo el riesgo de claudicación (61, 65).

Unido a dicho servicio se sitúan los programas de teleenfermería y telemedicina, los cuales son utilizados para el control de pacientes crónicos con enfermedades como diabetes, hipertensión o asma. Con el uso de estos programas se puede reducir el número de consultas, permiten que el paciente permanezca en su ambiente y además resultan coste-efectivos. A pesar de ello, en España los programas de esta índole escasean (66).

### 2.3. NUEVAS COMPETENCIAS ENFERMERAS.

La enfermería es el colectivo más preparado y que más se ha implicado durante los últimos años en las actividades y responsabilidades de la Atención Primaria, pues se encarga de enseñar a los pacientes los ejercicios de autocuidado, de apoyar sus capacidades y las de los cuidadores no formales, además de llevar a cabo las actividades de prevención y promoción de la salud. Además, diseña planes de cuidados para pacientes inmovilizados y en fase terminal y para sus cuidadores, realiza el seguimiento de los pacientes con enfermedades crónicas y son considerados líderes en la educación para la salud (65, 67-69).

Así todo, la enfermería comunitaria debería asumir aún más competencias relacionadas con la atención del paciente crónico (59). De esta manera se podría disminuir la demanda asistencial hacia los profesionales de la medicina y también reducir el gasto sanitario. Del mismo modo, la presencia de enfermeras/os en los órganos directivos y legislativos es imprescindible para mejorar la gestión de los cuidados (65), ya que como dice Mari Paz Mompart:

*“Las enfermeras tienen que reivindicar que son las mejores soluciones para muchas de las cosas que están pasando en sanidad. Si se amplía el rol de la enfermera debidamente se podría ahorrar mucho dinero, liberar a los médicos de una cantidad de trabajo que supuestamente tienen. Hacer más fuerte el papel de la enfermera y, sobre todo, mejorar la atención a los usuarios, que eso es muy importante. Todo lo hacemos para dar una buena atención. Las enfermeras debemos insistir en poner primero el beneficio del usuario” (70).*

Otro aspecto importante es implantar a nivel nacional diferentes figuras enfermeras que han demostrado ser de gran utilidad y efectividad, ya que mejoran la calidad de los cuidados de los pacientes y también su calidad de vida. Algunas de ellas, y que se abordarán a continuación, son las enfermeras gestoras de casos (EGC), o de práctica avanzada (EPA) y las enfermeras escolares.

### 2.3.1. ENFERMERA GESTORA DE CASOS.

España no es la única nación que se enfrenta al gran reto que es la cronicidad ya que la mayoría de países desarrollados también deben hacer frente a este problema. Por ello, algunos países han creado diferentes modelos para intentar afrontarlo, como la Enfermera de Práctica Avanzada (EPA) o el modelo de la gestión de casos, iniciado en los años setenta en Estados Unidos y posteriormente extendido por todo el mundo, pero especialmente desarrollado en los países anglosajones. La idea base de la gestión de casos es desarrollar programas de autocuidado y el fortalecimiento de la atención primaria (71).

La figura de la enfermera gestora de casos nace en la década de 1970 en Estados Unidos para proteger las necesidades complejas y cambiantes de los pacientes y sus familias. Aparte de salvaguardar las necesidades de los usuarios, la gestión de casos se crea con la función de ahorrar gastos a los sistemas de salud, ya que un profesional que conoce el funcionamiento del sistema es capaz de gestionar la situación del paciente al menor coste posible. La Case Management Society of America (CMSA) lo define como *“un proceso de colaboración mediante el que se valora, planifica, facilita, coordina, monitoriza y evalúa las opciones y servicios necesarios para satisfacer las necesidades de salud integrales de una persona y su familia, articulando la comunicación y recursos disponibles para promover resultados de calidad y costo-efectivos” (72).*

El objetivo principal de la EGC es la coordinación de los diferentes servicios para ofrecer una atención integral a los pacientes. Debido a su gran éxito en Estados Unidos y a la facilidad de su implantación, ya que no requiere grandes cambios de estructura en los servicios sanitarios, han sido muchos los países que han seguido su ejemplo, entre ellos Canadá, Reino Unido, Holanda o Australia (68). El establecimiento de este sistema no es solo un triunfo a la hora de obtener unos cuidados de calidad, sino que también es la mejor opción en cuanto a coste-beneficio.

El Consejo Internacional de Enfermería en su informe *Definición y características de las funciones de la enfermera de atención directa/enfermería de práctica avanzada* define a esta enfermera como una *“especialista que ha adquirido la base de conocimientos de experto, las capacidades de adopción de decisiones complejas y las competencias clínicas necesarias para el ejercicio profesional ampliado” (73).* Para poder entrar a formar parte del modelo de gestión

de casos hay autores que recomiendan que además de tener la titulación de enfermería sea necesario la realización de un posgrado especializado (74). El informe también incluye otros aspectos a regular que deja en manos de los diferentes países, como el derecho a diagnosticar, la autoridad para recetar medicamentos y tratamientos, para derivar pacientes a otros profesionales e ingresarlos en el hospital, entre otras cosas (73).

Algunos de los pacientes a los que va dirigido especialmente este servicio son aquellos que presentan barreras para acceder a los servicios sanitarios, edad avanzada, enfermedades crónicas, complejas o terminales, cuidados paliativos, historia de enfermedad mental, consumo de sustancias o riesgo de suicidio, estado funcional deteriorado y/o déficits cognitivos, múltiples admisiones, readmisiones o visitas al departamento de emergencias, institucionalización domiciliaria y riesgo de necesitar entrar en el programa gestión de casos, entre muchos otros (72).

En España, la figura de la enfermera gestora de casos apareció por primera vez en la Comunidad Canaria en 1994 (47), pese a que no comenzó a establecerse de manera oficial en todo el territorio nacional hasta el año 2010. Aun así, no se ha llegado a ningún consenso entre las diferentes Comunidades Autónomas, por lo que cada Sistema de Salud autonómico ha creado su propia versión de la misma. En algunas Comunidades, la enfermera gestora de casos se encuentra en el hospital, mientras que en otras en atención primaria, o incluso en ambos lugares pero con figuras diferentes (68).

Andalucía presenta uno de los modelos más antiguos y desarrollados, pues se implantó en el 2002 en todo el sistema sanitario público andaluz, tras la puesta en vigor del Decreto 137/2002, de 30 de abril, de apoyo a las familias andaluzas (68,75). La Comunidad de Madrid inició en 2013 una transformación del sistema sanitario madrileño con el fin de mejorar la atención sanitaria del paciente crónico, a través de la Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades crónicas en la Comunidad de Madrid. Tras esta reforma, incluyó a las enfermeras gestoras de casos dentro de su modelo estratégico (76). Al igual que hizo nuestra Comunidad de Cantabria en su plan para la Atención a la Cronicidad, otras Comunidades en las que se encuentra presente esta figura son Aragón, Cataluña, Región de Murcia, Comunidad Valenciana y País Vasco, en donde está muy extendida en tres figuras diferentes.

El Sistema Nacional de Salud debería incorporar la figura de la Enfermera Gestora de Casos a la cartera de servicios comunes, puesto que está demostrado que esta figura tiene un gran impacto en la mejora de la calidad asistencial de los pacientes complejos y frágiles, en la coordinación del ámbito sanitario, la disminución de los ingresos urgentes y de las estancias evitables. Asimismo se aprecia un aumento de la satisfacción de los pacientes y sus cuidadores y también en el control del gasto sanitario (68).

### 2.3.2. ENFERMERÍA ESCOLAR.

Por otro lado, concerniente también a la implantación de nuevas figuras enfermeras en nuestro país se encuentra la Enfermera Escolar. La importancia de dichos profesionales se deriva de que es precisamente durante la infancia cuando se comienzan a adquirir hábitos, por lo que es primordial educarles desde esta etapa ya que estos van a repercutir en la salud adulta. Por ello, es necesario iniciar la educación sanitaria básica a edades tempranas para que los niños desarrollen un estado de salud óptimo en el futuro. Debido a que en la escuela es donde pasan la mayor parte del día, es sin duda el lugar idóneo. Los profesionales enfermeros son los sanitarios mejor preparados para llevar a cabo esta tarea de Educación y Promoción de la Salud. Además de este trabajo, los enfermeros escolares tienen la oportunidad de intervenir en los problemas de salud del alumnado, ya sean problemas agudos, pues los accidentes en los

juegos y deportes son frecuentes, o crónicos. Así, son muchos los niños en edad escolar que padecen enfermedades como el asma, la diabetes, alergias o procesos epilépticos, o con necesidades especiales. Por tanto, la presencia del Enfermero Escolar, alivia la carga docente y familiar contribuyendo además a disminuir el absentismo escolar (77, 78).

Mientras que en países como Estados Unidos, Inglaterra o Suecia, la enfermera escolar está presente desde hace años en todos los colegios, tanto públicos como privados, apenas hay constancia de enfermeros escolares en los centros españoles, a excepción de Centros de Educación Especial y colegios privados de carácter extranjero (78).

Los enfermeros de Atención Primaria se dedican a realizar intervenciones sanitarias esporádicas relacionadas con la Educación y Promoción de la Salud en los centros educativos pertenecientes a sus zonas básicas de salud, pero no es suficiente. Los centros escolares deben contar con un profesional enfermero integrado en el equipo escolar. Son numerosas las asociaciones que abogan por la necesidad de implantar la enfermera escolar en escuelas, tanto de educación especial como ordinaria, en centros públicos y privados. No fue hasta el año 2009 cuando la Asociación Madrileña de Enfermería en Centros Educativos (AMECE), primera asociación española en Enfermería Escolar, confecciona una definición para esta figura: *“el profesional que, dentro del ámbito del centro y de acuerdo con el Proyecto Educativo del Centro (PEC), le incumbe la responsabilidad de proporcionar de forma individualizada, o en su caso, de forma coordinada dentro del equipo escolar, los cuidados propios de su competencia al alumno/a de modo directo, integral o individualizado. En el ámbito educativo, además, han de prestar un servicio que permita aumentar la capacidad del individuo y de la colectividad escolar, para prevenir, detectar y solucionar sus problemas de salud”* (79).

Los enfermeros escolares tienen como objetivo contribuir al máximo desarrollo y bienestar físico, mental y social de la comunidad con la que trabajan, para ello necesitan estar plenamente integrados en ella, por lo que es necesario que se encuentren en el centro educativo durante todo el horario escolar. Las funciones que desarrolla son las mismas propias del colectivo: asistencial, gestora, docente e investigadora, con la peculiaridad de que todas ellas están orientadas al ámbito escolar. Para poder llevar a cabo estas funciones de forma satisfactoria es necesario que el profesional, además de contar con el imprescindible título universitario de Enfermería, posea una formación adicional académica y/o profesional de postgrado sobre Enfermería Escolar (80).

Algunas de las funciones específicas de estos profesionales, según la AMECE, comprenden actividades como:

- *Elaborar, hacer el seguimiento y la evaluación de las líneas de actuación sanitaria y los programas de Educación para la Salud.*
- *Formular propuestas, en el ámbito de sus competencias, al equipo directivo y al claustro, relativas a la elaboración del proyecto educativo y a la programación general anual.*
- *Proporcionar las medidas terapéuticas establecidas por prescripción facultativa, administrando y controlando la medicación, prestando asistencia en accidentes y atendiendo las urgencias.*
- *Revisar la evolución de la patología del alumno a través de informes médicos y el seguimiento en el contexto escolar.*
- *Enseñar las medidas correctas de alimentación, higiene corporal, higiene ambiental, reconocimiento y prevención de accidentes, así como de las consecuencias que se pueden derivar y riesgos/precauciones a tener en cuenta.*

- *Fomentar el autocuidado, dependiendo de sus capacidades, con respecto a la cura de heridas, normas básicas de primeros auxilios, uso adecuado de la medicación y técnicas sanitarias específicas sanitarias (sondajes, aspiraciones, control de enfermedades crónicas, etc.).*
- *Establecer, junto con la familia de los alumnos con necesidades educativas especiales relativas al ámbito sanitario, los criterios de actuación unificados dentro y fuera del centro para alcanzar el máximo desarrollo personal del alumno.*
- *Fomentar, mediante programas dirigidos a las familias, la importancia de la prevención como herramienta fundamental para reducir los problemas de salud que actualmente padece la sociedad.*
- *Aportar a los tutores del centro información y orientaciones sobre aspectos médicos relevantes, tratamientos, procesos patológicos, enfermedades degenerativas, etc., encaminadas a normalizar su proceso educativo. Enseñar cuidados básicos ante posibles situaciones de riesgo del alumnado.*
- *Formar al profesorado en el aprendizaje de habilidades que faciliten la adquisición y el mantenimiento de conductas saludables.*
- *Participar en el desarrollo del Documento Individual de Adaptación Curricular (DIAC), documento de régimen interno que se realiza en los centros y en el que se recogen todos los aspectos relevantes del alumno, tanto a nivel educativo, social como sanitario.*
- *Participar en reuniones de tutoría, reuniones trimestrales que el tutor/a del estudiante por ley tiene que establecer con las familias y en las que el profesional de Enfermería debe participar siempre que lo considere necesario.*
- *Colaborar en programas de Educación para la Salud junto con Atención Primaria y Centros Municipales de Salud.*
- *Recibir asesoramiento por parte de los centros de Atención Especializada en la realización de técnicas específicas de Enfermería.*
- *Realizar, junto con los centros de Salud Mental de la zona, un seguimiento conjunto del alumno/a con problemas psiquiátricos y establecer pautas de actuación unificadas.*
- *Realizar la historia de Enfermería, con recogida y custodia de informes médicos dentro del centro.*
- *Realizar circulares sobre alergia, intolerancias, medicación y problemas relevantes y distribuírselo al personal correspondiente.*
- *Ampliar y profundizar en los conocimientos profesionales para mejorar la calidad asistencial a todo el alumnado.*
- *Buscar soluciones a los problemas y situaciones de la profesión enfermera, tratando de mejorar métodos y medios para elevar la calidad de atención.*
- *Generar nuevos conocimientos y enfoques innovadores para dar respuesta a las situaciones cambiantes de salud.*
- *Colaborar con otros profesionales del gremio, con personal interno o externo al centro, en las investigaciones que se lleven a cabo (79).*

Dentro del territorio nacional difiere mucho la situación con respecto a la implantación de dichas figuras en las diferentes Comunidades Autónomas. Mientras que en algunas casi no se escucha hablar de estos profesionales de enfermería, en otras, como Madrid, Castilla y León y Castilla la Mancha, se encuentran establecidos desde hace unos años. En Cantabria, se puso en marcha en septiembre del 2014 un proyecto piloto sobre la Enfermería Escolar elaborado por la Fundación de Enfermería de Cantabria (FECAN). Durante la duración de este proyecto se llevaron a cabo intervenciones en cuatro centros educativos de la comunidad: el Colegio Calasanz (Escolapios) y el Centro de Educación Infantil y Primaria (CEIP) Antonio Mendoza, en Santander, el CEIP Flavio San Román, en Bárcena de Cicero y el CEIP Juan de la Cosa, en Santoña. Los resultados de este proyecto son muy positivos, superando las expectativas que se tenían previstas, lo cual ha puesto de manifiesto la necesidad de establecer la figura de la enfermera escolar en los centros (81). Se pretende que la enfermera escolar comience a implantarse progresivamente en los centros educativos cántabros a partir del curso escolar 2017-2018.

Gracias a la implantación de esta figura en los colegios se podrá observar una mejora notable en la salud de la población y consecuentemente una mejora en la calidad de vida futura de la sociedad general a causa del aprendizaje de comportamientos y estilos de vida saludables.

## CONCLUSIONES

La elaboración de este trabajo ha permitido constatar que tras cuatro décadas de formación universitaria se han producido notables cambios, tanto en la profesión como en su entorno. A pesar de que no siempre se ha obtenido el resultado esperado, el balance general es positivo a favor de la profesión enfermera.

En este periodo de tiempo se han sucedido tres Planes de Estudios que han dado lugar a diversidad de enfermeros y enfermeras, pues podemos encontrar ATS que hicieron el curso de adaptación a la Diplomatura, Diplomados que siguen el plan de estudios del 77, los que estudiaron a partir del 1990 y, finalmente, tres promociones de enfermeros graduados. Todos trabajan conjuntamente a pesar de sus diversas formaciones, pero siempre con un mismo objetivo: proporcionar la mejor calidad de cuidados posible y avanzar hacia la excelencia.

La cuestión formativa no es solo lo único que marca la diferencia a la hora de ser un profesional competente ya que como expuso el Dr. Diego Gracia en una reciente conferencia, lo que de verdad importa, son las aptitudes de las personas y sus valores, a la hora de tratar a los pacientes. En nuestro sistema sanitario hay dos tipos principales de enfermeros y enfermeras, el más numeroso compuesto por profesionales capacitados y competentes con ganas de asumir nuevas responsabilidades y seguir trabajando por el desarrollo de la profesión. Sin embargo, por otro lado, hay otro grupo de profesionales que tienen miedo de tomar las riendas de nuestro propio trabajo y prefieren continuar como están y no modificar la situación. El aumento de responsabilidades no debe mirarse con recelo, sino con ilusión, ya que la formación universitaria nos da las herramientas necesarias para afrontar nuevos retos y adaptarnos a nuestra sociedad. Para ello, debemos exigir el reconocimiento de las funciones para las que nos capacita nuestra titulación y que sin duda supondrán un ahorro para el Sistema Nacional de Salud, caso de control y seguimiento de pacientes crónicos.

La falta de especificidad en cuanto a nuestras competencias debería ser resuelta, distinguiendo aquellas que pertenecen a los técnicos auxiliares sanitarios y a los médicos de las de los enfermeros. Igualmente, debería finalizarse la implantación y reconocimiento de todas las especialidades enfermeras a nivel nacional. Precisamente, con el fin de que esto sea

una realidad, los días 11 y 12 de abril de 2017, coincidiendo con la asignación de plazas del EIR, los profesionales se concentraron a las puertas del Ministerio de Sanidad.

Aunque los enfermeros son los mejor valorados por la sociedad dentro de los profesionales dedicados al cuidado de la salud, en muchas ocasiones somos invisibles ya que los ciudadanos de a pie desconocen nuestro trabajo y función dentro del sistema sanitario. Muchos de ellos continúan considerándonos ATS y piensan que únicamente nos dedicamos a tareas técnicas derivadas del médico. Nada más lejos de la realidad actual, aunque ha de ser el propio colectivo a través de sus actuaciones quienes clarifiquen el rol específico de su profesión a la comunidad.

Sin duda, es el momento de consolidar la profesión de manera definitiva, aunque si no nos movilizamos para reclamar nuestros derechos ahora, todos los logros conseguidos habrán sido en vano. Los títulos de Máster y Doctorado, al igual que las Especialidades, no sirven para nada más que reconocimiento personal, si no se tienen en cuenta a nivel profesional reconociéndose en todos los sentidos. En nuestro país, no se da a la profesión la importancia que se merece pese a que importantes organizaciones internacionales no hacen más que recalcar su relevancia.

El recién nombrado Director General de la OMS, Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, durante su discurso de investidura en la 70ª Asamblea Mundial de la Salud celebrada en mayo del 2017 en Ginebra, destacó la importancia del personal sanitario para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (5), de los cuales el tercero se refiere a *“Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”* (82). Un tema que también se trató en el Congreso del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) en Barcelona, celebrado del 27 de mayo al 1 de junio el presente año, cuyo lema fue *“Las enfermeras a la vanguardia mejorando los cuidados”*. En el mismo, se habló sobre la contribución de la enfermería a las políticas de salud y de su participación en la atención de salud basada en la evidencia (83). En este evento, volvió a intervenir el Dr. Ghebreyesus, remarcando la importancia de la enfermería y comentó que va a incluir enfermeras y enfermeros dentro de su equipo de dirección. Otra de las oradoras destacadas del Congreso fue Mary Wakefield, ex subsecretaria en funciones del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, quien dijo que *“las enfermeras podemos influir en los que toman decisiones, en los que conforman las políticas y los programas de salud y así es como nosotras podemos ayudar a conseguir los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)”*. Previamente, el CIE ya había creado una campaña, Enfermería: Una Voz Para Liderar - Alcanzando los Objetivos de Desarrollo Sostenible, en el Día Internacional de la Enfermería el 12 de mayo de 2017, cuya finalidad es sensibilizar a los profesionales sobre cuáles son los ODS y por qué son importantes. Por otro lado, se pretende dar visibilidad ante la población general y los gobiernos sobre la actuación de los profesionales de enfermería de todo el mundo para lograr dichos objetivos (84).

Durante ese mismo Congreso se pudo también escuchar a Lord Nigel Crisp, miembro de la Cámara de los Lores del Reino Unido, Copresidente del Grupo Parlamentario de todos los Partidos sobre Salud Global (APPG), del Reino Unido, disertó sobre el Triple impacto de la enfermería, destacando que las enfermeras no solo están infravaloradas, sino que también están infrautilizadas. En el momento que se desarrolle al completo la enfermería se mejorará la salud, se promoverá la igualdad de género y se fomentará la economía (83). Crisp explicaba lo expuesto basándose en el informe All-Party Parliamentary Group on Global Health (APPG) publicado en octubre de 2016, que insiste en la importancia de la enfermería para lograr cobertura sanitaria universal (5).

La trascendencia de nuestro colectivo radica en parte en el gran número de profesionales que lo conforman, el más numeroso dentro de aquellos dedicados al cuidado de la salud, contando con cerca de 20 millones de profesionales en todo el mundo, tres cuartos de los cuales son

mujeres. Sin embargo, la distribución geográfica de estos enfermeros no es equitativa, pues su porcentaje varía mucho dependiendo del país al que nos refiramos. España, por ejemplo, tiene uno de los ratios enfermero-paciente más bajos de Europa, apenas llega a 5,1 por cada mil habitantes, mientras que la media europea se encuentra en 9,1 (85). Este hecho no se debe a la falta de profesionales, pues son muchas las personas que se forman en nuestro país, sino a la precaria situación laboral que se presenta ante ellos una vez obtenida su titulación. Por esta razón muchos toman la decisión de emigrar a países como Reino Unido, donde un 6% de los profesionales enfermeros son españoles, en busca de mejores oportunidades de trabajo. La emigración de estas personas supone un gran coste para el Estado Español, pues gasta dinero en la formación de profesionales que luego no explota. Además, manteniendo este ratio tan bajo no se están teniendo en cuenta las necesidades de la población, pues para poder atender a los ciudadanos de la manera que reciban la mejor calidad de cuidados posible, es necesario aumentar este número.

Sin duda, el saldo tras cuarenta años de formación universitaria es muy positivo, y aunque nos quedan temas importantes que solucionar, contamos con muchas herramientas para abordarlos. Este ha de ser el siglo de la consolidación definitiva de la Enfermería y para ello, solo se requiere confiar en nosotros mismos, en el sentido, la esencia, la razón de ser y existir de nuestra profesión, cuidar de la salud de las personas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ley 14/1970, de 4 de agosto, General de Educación y Financiamiento de la Reforma Educativa. [Internet]. Boletín Oficial del Estado, nº 187, (6 de agosto de 1970). Disponible en: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-1970-852](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1970-852)
2. Real Decreto 2128/1977, de 23 de julio, sobre integración en la Universidad de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios como Escuelas Universitarias de Enfermería. [Internet]. Boletín Oficial del Estado, nº 200, (22 de agosto de 1977). Disponible en: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-1977-20006](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1977-20006)
3. Sellán Soto M. Formación y trabajo interdisciplinar: las enfermeras y otros colectivos del ámbito sanitario. En: Fernández Fernández M, Claret García Martínez A, García Martínez M. Un siglo cuidando a la sociedad Centenario del reconocimiento oficial de la Enfermería en España. 1st ed. Santander: Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria; 2015. p. 123-132.
4. Constitución Española. [Internet]. Congreso de los Diputados. (31 de octubre de 1978). Disponible en: <https://www.boe.es/legislacion/documentos/ConstitucionCASTELLANO.pdf>
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2016. Disponible en: <http://www.who.int/es/>
6. Atención Primaria de Salud, Alma-Ata 1978. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria. 4ª ed. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1978.
7. Lecue Martínez M, Dehesa Fontecilla M, Sainz Navedo E. Evolución de la profesión enfermera en la comunidad. En: Fernández Fernández M, Claret García Martínez A, García Martínez M. Un siglo cuidando a la sociedad Centenario del reconocimiento oficial de la Enfermería en España. 1st ed. Santander: Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria; 2015. p. 225-229.
8. Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud. [Internet]. Boletín Oficial del Estado, nº 27, (1 de febrero de 1984). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1984-2574>
9. Orden de 28 de febrero de 1985 por la que se establecen los órganos de dirección de los hospitales y la dotación de su personal, regulando la provisión de los cargos y puesto correspondiente. [Internet]. Boletín Oficial del Estado, nº 55, (5 de marzo de 1985). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1985-3573>
10. Cuevas Santos C. La Enfermería ante los nuevos escenarios: el ejercicio de la práctica. En: Fernández Fernández M, Claret García Martínez A, García Martínez M. Un siglo cuidando a la sociedad Centenario del reconocimiento oficial de la Enfermería en España. 1st ed. Santander: Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria; 2015. p. 133-143.
11. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. [Internet]. Boletín Oficial del Estado, nº 102, (29 de abril de 1986). Disponible en: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-1986-10499](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1986-10499)

12. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. [Internet]. Boletín Oficial del Estado, nº 280, (22 de noviembre de 2003). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-21340>
13. García Lecue M, Gómez Otí M, González Del Corral N. Análisis de la evolución de la Enfermería Española, momentos significativos, de oficio a profesión. En: Fernández Fernández M, Claret García Martínez A, García Martínez M. Un siglo cuidando a la sociedad Centenario del reconocimiento oficial de la Enfermería en España. 1st ed. Santander: Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria; 2015. p. 243-247.
14. Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería. [Internet]. Boletín Oficial del Estado, nº 108, (6 de mayo de 2005). Disponible en: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2005-7354](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2005-7354)
15. Declaración de Bolonia. Declaración conjunta de los Ministros Europeos de Educación. Bolonia; 19 de junio de 1999.
16. Tazón Ansola P. La Enfermería ante los nuevos escenarios en el ámbito de la educación. En: Fernández Fernández M, Claret García Martínez A, García Martínez M. Un siglo cuidando a la sociedad Centenario del reconocimiento oficial de la Enfermería en España. 1st ed. Santander: Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria; 2015. p. 145-155.
17. López LM, Blanco MS, González MC. Una nueva visión de la educación para la salud junto al paciente del siglo XXI. En: Fernández Fernández M, Claret García Martínez A, García Martínez M. Un siglo cuidando a la sociedad Centenario del reconocimiento oficial de la Enfermería en España. 1st ed. Santander: Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria; 2015. p. 531-536.
18. Carretero-Alcántara L, Comes-Górriz N, Borrás-López A, Rodríguez-Balo A, Seara-Aguilar G. Integración clínica en el paciente crónico. *Enferm Clin.* [Internet]. 2014 [Consulta 6 Diciembre 2016]; 24(1):35-43. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.12.005>
19. González Mestre A. La autonomía del paciente con enfermedades crónicas: De paciente pasivo a paciente activo. *Enferm Clin.* [Internet]. 2014 [Consulta 14 Diciembre 2016]; 24(1):67-73. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.11.005>
20. Fargues i Garcia I. Roser Tey i Freixa: Testigo y partícipe de la transición de los estudios de enfermería española a la Universidad. *Temperamentvm* [Internet]. 2007 [Consulta 12 Mayo 2017]; 5. Disponible en: <http://www.index-f.com/temperamentum/tn5/t6367.php>
21. Fernández Fernández ML. Aportación de la Enfermería española al desarrollo disciplinar. En: Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid. Libro de Resúmenes: VIII Jornadas de Profesorado de Centros de Enfermería "Educar para el Desarrollo Disciplinar". 1ª ed. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; noviembre 2014. p. 67-83.
22. Mompert MP. 100 años de Enfermería en España. En: Fernández Fernández M, Claret García Martínez A, García Martínez M. Un siglo cuidando a la sociedad

- Centenario del reconocimiento oficial de la Enfermería en España. 1st ed. Santander: Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria; 2015. p. 77-84.
23. Caviedes López V. Rol profesional enfermero. Cambios más significativos en el siglo XX. Nuber Científ. [Internet]. 2014. [Consulta 10 Febrero 2017]. 2 (12): 42-49. Disponible en: <http://nc.enfermeriacantabria.com/index.php/nc/article/viewFile/33/31>
  24. Orden por la que se dictan directrices para la elaboración de Planes de estudios de las Escuelas Universitarias de Enfermería. [Internet]. Boletín Oficial del Estado, nº 283, (26 de noviembre de 1977). Disponible en: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-1977-28232](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1977-28232)
  25. Universidad Nacional de Educación a Distancia (U.N.E.D.). Conceptos de Enfermería. Curso de nivelación de A.T.S. 1st ed. Madrid; 1981.
  26. Domínguez Alcón C. Evolución del cuidado y profesión enfermera. 1st ed. Barcelona: Ediciones San Juan de Dios- Campus Docent; 2017.
  27. Ley Orgánica 11/1983, de 25 de agosto, de Reforma Universitaria. [Internet]. Boletín Oficial del Estado, nº 209 (1 de septiembre de 1983). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1983-23432>
  28. Orden de 7 de febrero de 1984 por la que se convocan y establecen las condiciones de realización de las pruebas de idoneidad previstas en la Ley Orgánica de Reforma Universitaria para el acceso a las categorías de Profesor titular de Universidad y de Profesor titular de Escuela Universitaria. [Internet]. Boletín Oficial del Estado, nº 40, (16 de febrero de 1984). Disponible en: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-1984-4060](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1984-4060)
  29. Orden de 14 de junio de 1984 por la que se modifica el Estatuto de Personal Auxiliar Sanitario Titulado y Auxiliar de Clínica de la Seguridad Social. [Internet]. Boletín Oficial del Estado, nº 146 (19 de junio de 1984). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1984-13867>
  30. Ley 10/2001, de 28 de diciembre, de Creación del Servicio Cántabro de Salud. [Internet]. Boletín Oficial del Estado, nº 21 (24 de enero de 2002). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2002/BOE-A-2002-1377-consolidado.pdf>
  31. Sabando Suárez P. Perfiles del hospital de futuro. En: Segovia de Arana JM. El hospital en la sanidad española actual. España: Fundación Banco Santander; 2012. p. 16-32.
  32. Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, por el que se aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud. [Internet]. Boletín Oficial del Estado, nº 91 (16 de abril de 1987). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1987-9351>
  33. Real Decreto 1025/1989, de 28 de julio, por el que se crean Centros y se autorizan enseñanzas en las Universidades de Cantabria, Castilla-La Mancha, Islas Baleares, León, Autónoma de Madrid, Murcia, Oviedo, Salamanca, Valladolid y Zaragoza.

- [Internet]. Boletín Oficial del Estado, nº 190 (10 de agosto de 1989). Disponible en: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-1989-19282](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1989-19282)
34. Real Decreto 1466/1990, de 26 de octubre, por el que se establece el título universitario oficial de Diplomado en Enfermería y las directrices generales propias de los planes de estudios conducentes a la obtención de aquél. [Internet]. Boletín Oficial del Estado, nº 278 (20 de noviembre de 1990). Disponible en: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-1990-27919](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1990-27919)
  35. Nespral Gaztelumendi C. La Escuela de Enfermería “*Casa de Salud Valdecilla*”: Un modelo de formación enfermera. Santander: Editorial de la Universidad de Cantabria; 2015.
  36. Decreto 2319/1960, de 17 de noviembre, sobre el ejercicio profesional de Ayudantes técnicos sanitarios, Practicantes, Matronas y Enfermeras. [Internet]. Boletín Oficial del Estado, nº 302 (17 de diciembre de 1960). Disponible en: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-1960-19042](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1960-19042)
  37. NNNConsult. [Internet]. España: Elsevier; 2017. [Consulta 3 Marzo 2017]. Disponible en: <http://www.nnnconsult.com>
  38. Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, por el que se regula la obtención del título de Enfermero especialista. [Internet]. Boletín Oficial del Estado, nº 183 (1 de agosto de 1987). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1987-17866>
  39. Directiva 80/155/CEE, del Consejo, de 21 de enero 1980, sobre las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas relativas al acceso a las actividades de matrona y al ejercicio de las mismas. [Internet]. Diario Oficial de las Comunidades Europeas, (21 de enero de 1980). Disponible en: <https://www.boe.es/doue/1980/033/L00008-00012.pdf>
  40. Ministerio de Sanidad Igualdad y Servicios Sociales. Especialidades de Enfermería. [Internet]. España: Gobierno de España; 2011. [Consulta 12 Febrero 2017]. Disponible en: <https://www.mssi.gob.es/profesionales/formacion/espEnfermeria.htm>
  41. EIR enfermería.com. Número y Distribución de Plazas. [Internet]. España; 2017. [Consulta 24 Marzo 2017]. Disponible en: <https://eirenfermeria.com/todo-sobre-el-eir/numero-y-distribucion-de-plazas/>
  42. Instituto Nacional de estadística (INE). [Internet]. España; 2017. Disponible: <http://www.ine.es/>
  43. Sindicato de Enfermería (SATSE). [Internet]. España; 2017. Disponible en: <http://www.satse.es/>
  44. ORDEN CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero. [Internet]. Boletín Oficial del Estado, nº 174 (19 de julio de 2008). Disponible en: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2008-12388](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2008-12388)

45. Rodríguez Gómez P, Vélez Vélez E, González Hernández A. Opinión de pacientes, enfermeras y alumnos mediante encuesta validada sobre prácticas de alumnos enfermería. En: Fernández Fernández M, Claret García Martínez A, García Martínez M. Un siglo cuidando a la sociedad Centenario del reconocimiento oficial de la Enfermería en España. 1st ed. Santander: Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria; 2015. p. 793-797.
46. Arribas Cachá AA, Amézcuca Sanchez A. Prescripción Enfermera en la Terapéutica del Cuidado: Indicación, Uso y Dispensación de Medicamento y Productos Sanitarios en los Cuidados Generales. 1ª ed. Madrid: Funden; 2015.
47. Organización Colegial de Enfermería. Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España. [Internet]. Madrid; 2016. Disponible en: <http://www.consejogeneralenfermeria.org/>
48. Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros. [Internet]. Boletín Oficial del Estado, nº 306 (23 de diciembre de 2015). Disponible en: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2015-14028](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2015-14028)
49. Informe Evolución de la Familia en España 2016. Instituto de Política Familiar. [Internet]. Madrid; 2016. [Consulta 4 Marzo 2017]. Disponible en: <http://www.ipfe.org/Espa%C3%B1a/Documentos/IPF>
50. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Life expectancy at birth. [Internet]. Francia; 2016. [Consulta 4 Marzo 2017]. Disponible en: <https://data.oecd.org/healthstat/life-expectancy-at-birth.htm>
51. Helpage.org, Global AgeWatch Index 2015. [Internet]. Londres: HelpAge International; 2015. [Consulta 4 Marzo 2017]. Disponible en: <http://www.helpage.org/global-agewatch/population-ageing-data/infographic-index-at-a-glance/>
52. Aragonés Clemente MT, Fernández Navarro P, Ley Vega de Seoane V. Actividad física y prevalencia de patologías en la población española. [Internet]. España: Ministerio de Cultura y Deporte; 2016. [Consulta 22 Marzo 2017]. Disponible en: <https://sede.educacion.gob.es/publiventa/d/21268/19/0>
53. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. INFORME 2015. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. [Internet]. España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015. [Consulta 23 Marzo 2017]. Disponible en: [http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/INFORME\\_2015.pdf](http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/INFORME_2015.pdf)
54. Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. [Internet]. Boletín Oficial del Estado, nº 309 (27 de diciembre de 2005). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2005-21261>
55. Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. [Internet].

Boletín Oficial del Estado, nº 318 (31 de diciembre de 2010). Disponible en: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2010-20138](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2010-20138)

56. Nuño-Solinís R, Piñera Elorriaga K, Rodríguez Pereira C, García Martínez A, Ayala Gabilondo M. La multimorbilidad vista desde la perspectiva de los profesionales de atención primaria. *Aten Primaria*. [Internet]. 2014 [Consulta 13 Diciembre 2016]; 46 (Supl 3): 3-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.12.001>
57. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Por una sociedad libre de violencia de género. [Internet]. España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [Consulta 6 Abril 2017]. Disponible en: <http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/home.htm>
58. Observatorio del Suicidio en España 2015. [Internet]. España: Fundación Salud Mental España para la prevención de los trastornos mentales y el suicidio; 2015. [Consulta 11 Mayo 2017]. Disponible en: <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2015/>
59. Gómez-Picard P, Fuster-Culebras J. Atención a la cronicidad: desafío estratégico, macrogestión y políticas de salud. *Enferm Clin*. [Internet]. 2014 [Consulta 13 Diciembre 2016]; 24(1): 12-17. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.12.001>
60. Carretero-Alcántara L, Comes-Górriz N, Borrás-López A, Rodríguez-Balo A, Seara-Aguilar G. Integración clínica en el paciente crónico. *Enferm Clin*. [Internet]. 2014 [Consulta 13 Diciembre 2016]; 24(1): 35-43. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.12.005>
61. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012. [Consulta 18 Diciembre 2016]. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA\\_ABORDAJE\\_CRONICIDAD.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf)
62. Gobierno de Cantabria. Plan de Atención a la Cronicidad de Cantabria 2015-2019. [Internet]. Cantabria; Gobierno de Cantabria, Consejería de Sanidad y Servicios Sociales; 2015. Disponible en: <https://saludcantabria.es/uploads/pdf/consejeria/PlandeCronicidadBaja.pdf>
63. González Mestre A. La autonomía del paciente con enfermedades crónicas: De paciente pasivo a paciente activo. *Enferm Clin*. [Internet]. 2014 [Consulta 18 Diciembre 2016]; 24(1): 67-73. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.11.005>
64. Amblàs Novellas J, Espauella Panicot J, Blay Pueyo C, Molist Brunet N, Lucchetti d'Aniello GE, Anglada Arisa A, Roca Casas J. Tópicos y reflexiones sobre la reducción de ingresos hospitalarios: de la evidencia a la práctica. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. [Internet]. 2013 [Consulta 19 Diciembre 2016]; 48(6): 290-296. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2013.05.001>
65. Miguélez-Chamorro A, Ferrer-Arnedo C. La enfermera familiar y comunitaria: referente del paciente crónico en la comunidad. *Enferm Clin*. [Internet]. 2014

- [Consulta 16 Diciembre 2016]; 24(1): 5-11. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.12.002>
66. Mira-Solves JJ, Orozco-Beltrán D, Sánchez-Molla M, Sánchez García JJ. Evaluación de la satisfacción de los pacientes crónicos con los dispositivos de telemedicina y con el resultado de la atención recibida. Programa ValCrònic. Aten Primaria. [Internet]. 2014 [Consulta 16 Diciembre 2016]; 46 (Supl 3): 16-23. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(14\)70061-7](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(14)70061-7)
67. Morilla Herrera JC, Morales Asencio JM, Kaknani S, García Mayor S. Situaciones de cronicidad compleja y coordinación sociosanitaria. Enferm Clin. [Internet]. 2016 [Consulta 17 Diciembre 2016]; 26(1): 55-60. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.08.001>
68. Sánchez-Martín I. Cronicidad y complejidad: nuevos roles en Enfermería. Enfermeras de Práctica Avanzada y paciente crónico. Enferm Clin. [Internet]. 2014 [Consulta 12 Diciembre 2016]; 24(1): 79-89. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.12.007>
69. Nuño-Solinís R. Innovación social y organizativa ante el reto de la atención integrada a la cronicidad. Enferm Clin. [Internet]. 2014 [Consulta 12 Diciembre 2016]; 24(1): 18-22. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.08.007>
70. Nuñez Gelado, Y. Mari Paz Mompert: "Las enfermeras son la mejor solución para muchos problemas de la sanidad". En Desarrollo. [Internet]. Mayo 2013. [Consulta 30 Abril 2017]. (0): 28-31. Disponible en: <http://www.enfermeriaendesarrollo.es/index.php/en-desarrollo/67-mari-paz-mompert-las-enfermeras-son-la-mejor-solucion-para-muchos-problemas-de-la-sanidad>
71. Morales-Asencio JM. Gestión de casos y cronicidad compleja: conceptos, modelos, evidencias e incertidumbres. Enferm Clin. [Internet]. 2014 [Consulta 12 Diciembre 2016]; 24(1): 23-34. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.10.002>
72. Case Management Society of America (CMSA). Standards of Practise for Case Management. Estados Unidos: 2016
73. ICN Nurse Practitioner/ Advanced Practice Nursing Network. [Internet]. International Council of Nurses (ICN): Reino Unido; 2017. [Consulta 22 Febrero 2017]. Disponible en: <http://international.aanp.org/>
74. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de enfermería (NIC). 6ª edición. Barcelona: Elsevier; 2014.
75. Decreto 137/2002, de 30 de abril, de apoyo a las familias andaluzas. [Internet]. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, nº 52 (4 de mayo de 2002). Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/boja/2002/52/1>
76. Consejería de Sanidad Comunidad de Madrid. Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas en la Comunidad de Madrid. [Internet]. Madrid: Consejería de Sanidad; 2013. [Consulta 24 Febrero 2017]. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017570.pdf>

77. FamiliaYSalud.es [Internet] España: Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria; 2014 [Consulta 20 de abril 2017]. Salud Escolar: Enfermería en centros educativos. Disponible en: <http://www.familiaysalud.es/>
78. Del Val Ortega E. La Enfermera en la Escuela y la Salud Escolar. [Trabajo de Fin de Grado]. Universidad de Cantabria; 2015. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/7082/ValOrtegaEdel.pdf?sequence=1>
79. Asociación Madrileña de Enfermería en Centros Educativos (AMECE). Perfil de Enfermería Escolar. [Internet]. Madrid: AMECE; 2010. [Consulta 20 Abril 2017]. Disponible en: <http://www.amece.es/images/perfil.pdf>
80. Colegio de Enfermería de Cantabria. Enfermera Escolar: Es la escuela donde se debe aprender a cuidar de la salud. Nuber. [Internet]. 2013. [Consulta 20 Abril 2017]. 18(71): 14-17. Disponible en: [http://www.enfermeriacantabria.com/web\\_enfermeriacantabria/docs/Nuberos\\_71.pdf](http://www.enfermeriacantabria.com/web_enfermeriacantabria/docs/Nuberos_71.pdf)
81. Gómez Herranz M, López Córdoba MJ. Experiencia de una Residente de Enfermería Familiar y Comunitaria (EFyC) en el Proyecto de Enfermería Escolar de Cantabria. Nuber Científ. 2016; 3(19): 10-15.
82. Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible. [Internet]. Naciones Unidas; 2017. [Consulta 30 Mayo 2016]. Disponible en: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
83. Congreso Internacional de Enfermeras 2017. [Internet]. ICN: Suiza; 2017. [Consulta 2 Junio 2017]. Disponible en: <http://www.icnbarcelona2017.com/es>
84. Internatioanl Council of Nurses. Nurses: A Voice to Lead, Achieving the Sustainable Development Goals (SDGS). [Internet]. ICN: Switzerland; 2017. [Consulta 2 Junio 2017]. Disponible en: <https://www.icnvoicetolead.com/our-aim/>
85. OCDE.Stat. [Internet]. Organisation for EconomicCo-operation and Development: Francia; 2017. [Consulta 2 Junio 2017]. Disponible en: [http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_STAT](http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT)

ANEXOS

Anexo 1. Plan de Estudios Diplomado Universitario en Enfermería.

1. Cuadro de asignaturas fundamentales

	Duración
<b>1.1. PRIMER CURSO</b>	
<i>Asignaturas</i>	
Biofísica y Bioquímica .....	Cuatrimestral.
Enfermería fundamental .....	Anual.
Anatomía y Fisiología .....	Anual.
Ciencias de la conducta I (Psicología general y evolutiva) .....	Cuatrimestral.
<b>1.2. SEGUNDO CURSO</b>	
<i>Asignaturas</i>	
Farmacología clínica y dietética .....	Anual.
Enfermería médico-quirúrgica I .....	Anual.
Ciencias de la conducta II .....	Cuatrimestral.
Salud pública I .....	Anual.
Enfermería materno-infantil .....	Cuatrimestral.
<b>1.3. TERCER CURSO</b>	
<i>Asignaturas</i>	
Farmacología clínica y Terapéutica física ...	Anual.
Enfermería médico-quirúrgica II .....	Anual.
Ciencias de la conducta III .....	Cuatrimestral.
Salud pública II .....	Anual.
Enfermería psiquiátrica .....	Cuatrimestral.
Enfermería geriátrica .....	Cuatrimestral.

2. Clasificación de las asignaturas por áreas de materias

Áreas	Primer curso	Segundo curso	Tercer curso
Ciencias básicas.	Biofísica y Bioquímica.		
Ciencias médicas.	Anatomía y Fisiología.	Farmacología clínica y dietética.	Farmacología clínica y Terapéutica física.
Ciencias de la conducta.	Ciencias de la conducta I.	Ciencias de la conducta II.	Ciencias de la conducta III.
Ciencias de la Enfermería.	Enfermería fundamental.	Enfermería médico-quirúrgica I. Enfermería materno-infantil.	Enfermería médico-quirúrgica II. Enfermería psiquiátrica y geriátrica.
Salud pública.		Salud pública I.	Salud pública II.
Optativas.			

Fuente: BOE

Anexo 2. Cambio Plan de Estudios Diplomado Universitario en Enfermería 1992.

Relación de materias troncales (por orden alfabético)	Créditos			Áreas de conocimiento
	Teóricos	Prácticos	Total	
<i>Administración de Servicios de Enfermería.</i> Sistemas de Salud. Planificación y economía sanitarias. Administración de servicios de Enfermería.	4	3	7	«Enfermería».
<i>Ciencias Psicosociales Aplicadas.</i> Aspectos psicológicos y sociales de los cuidados de Enfermería.	4	2	6	«Enfermería», «Psicología Básica», «Psicología Social» y «Sociología».
<i>Enfermería Comunitaria. Ecología Humana.</i> Concepto de salud y factores que la condicionan. Bioestadística y demografía aplicadas. Método epidemiológico y vigilancia epidemiológica. Sistemas de salud. Tendencias. Atención primaria de salud. Diagnóstico y plan de salud. Programas de salud. Educación para la salud. Morfología y fisiología de los microorganismos. Infección. Inmunidad. Vacunas y sueros.	13	13	26	«Enfermería», «Medicina Preventiva y Salud Pública», «Estadística e Investigación Operativa», «Microbiología», «Inmunología» y «Parasitología».
<i>Enfermería Geriátrica.</i> Teorías del envejecimiento. Aspectos demográficos, sociológicos y psicológicos del envejecimiento. Cuidados de enfermería al anciano sano y enfermo.	2	4	6	«Enfermería» y «Medicina».
<i>Enfermería Materno-Infantil.</i> Crecimiento y desarrollo del niño sano hasta la adolescencia. Alteraciones más frecuentes en esta etapa de la vida. Cuidados de enfermería en las distintas alteraciones de las necesidades del niño. Reproducción humana. Mantenimiento de la salud reproductiva humana. Problemas de salud en la reproducción humana. Desarrollo normal de la gestación, parto y puerperio. Alteraciones de la gestación, parto y puerperio. Características generales del recién nacido sano y desarrollo del mismo hasta el primer mes de vida. Cuidados de enfermería en la gestación, parto y puerperio normales y patológicos.	4	10	14	«Enfermería», «Pediatria» y «Obstetricia y Ginecología».
<i>Enfermería Médico-Quirúrgica.</i> Procesos desencadenantes de las enfermedades. Fisiopatología de las diversas alteraciones de la salud. Necesidades y/o problemas derivados de las patologías más comunes que se presentan en los diferentes aparatos y sistemas del organismo humano. Tecnología de enfermería para la atención a individuos con problemas médico-quirúrgicos. Cuidados de enfermería a individuos con problemas médico-quirúrgicos.	12	36	48	«Enfermería», «Medicina» y «Cirugía».
<i>Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental.</i> Salud mental y modo de vida. Atención de enfermería de salud mental al individuo, familia y comunidad. Aspectos psiquiátricos de los cuidados de enfermería.	2	4	6	«Enfermería» y «Psiquiatria».
<i>Estructura y Función del Cuerpo Humano.</i> Citología. Embriología. Histología. Fundamentos de genética. Estudio anatómico y fisiológico de los diferentes órganos, aparatos y sistemas. Principios inmediatos. Biocatalizadores. Oligoelementos. Vitaminas y hormonas. Bioquímica y biofísica de las membranas, músculos y nervios.	6	2	8	«Bioquímica y Biología Molecular», «Biología Celular», «Ciencias Morfológicas», «Fisiología» y «Enfermería».
<i>Farmacología. Nutrición y Dietética.</i> Acción, efecto e interacciones medicamentosas. Fármacos más comunes empleados en el tratamiento de las enfermedades. Necesidades nutricionales y alimentarias en los distintos ciclos vitales. Los alimentos: Manipulación y reglamentación. Sustancias nutritivas y no nutritivas. Dieta y equilibrio alimentario. Dietética terapéutica.	6	2	8	«Farmacología», «Nutrición y Bromatología» y «Enfermería».
<i>Fundamentos de Enfermería.</i> Marco conceptual de Enfermería. Teoría y modelos. Metodología de Enfermería (procesos de atención de Enfermería). Cuidados básicos de Enfermería.	5	7	12	«Enfermería».
<i>Legislación y Ética Profesional.</i> Normas legales de ámbito profesional. Códigos Deontológicos profesionales y otras recomendaciones éticas.	2	0	2	«Enfermería», «Toxicología y Legislación Sanitaria», «Filosofía del Derecho, Moral y Política» y «Derecho Administrativo».

Fuente: BOE

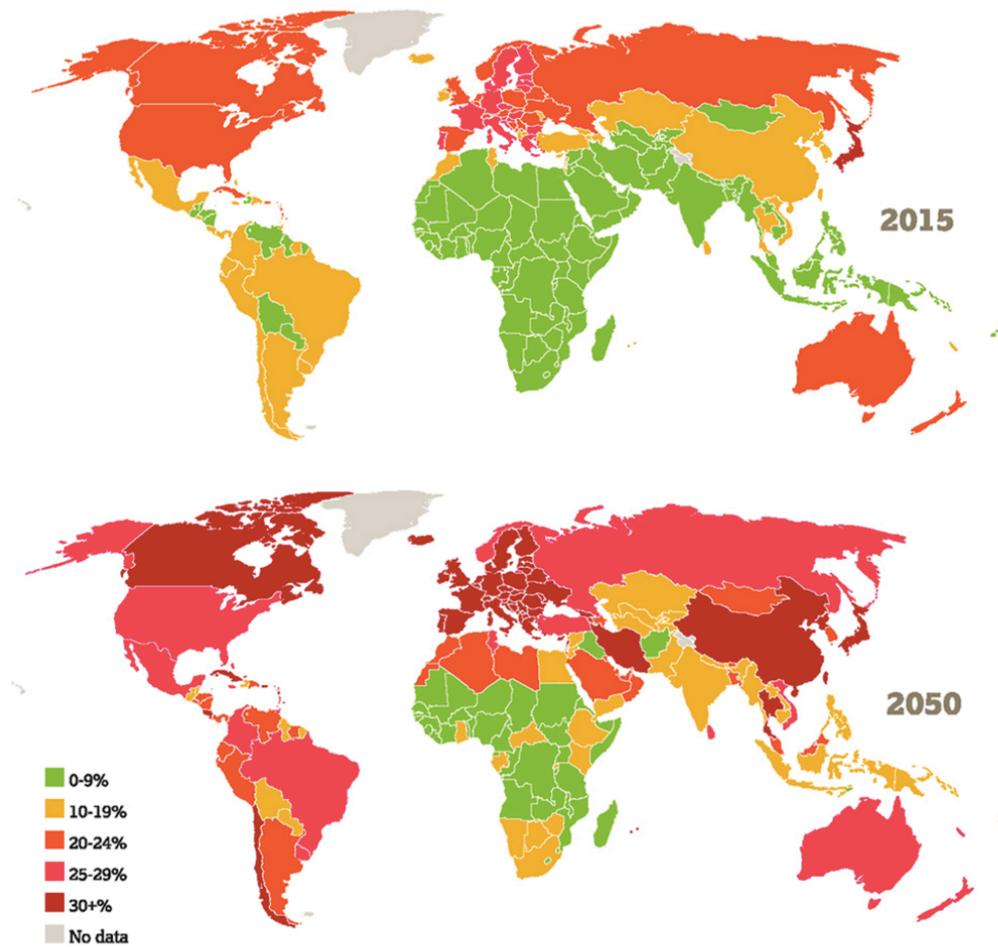
Módulo	Nº de créditos europeos	Competencias que deben adquirirse
De formación básica común	60	<p>Conocer e identificar la estructura y función del cuerpo humano. Comprender las bases moleculares y fisiológicas de las células y los tejidos. Conocer el uso y la indicación de productos sanitarios vinculados a los cuidados de enfermería. Conocer los diferentes grupos de fármacos, los principios de su autorización, uso e indicación, y los mecanismos de acción de los mismos. Utilización de los medicamentos, evaluando los beneficios esperados y los riesgos asociados y/o efectos derivados de su administración y consumo.</p> <p>Conocer y valorar las necesidades nutricionales de las personas sanas y con problemas de salud a lo largo del ciclo vital, para promover y reforzar pautas de conducta alimentaria saludable. Identificar los nutrientes y los alimentos en que se encuentran. Identificar los problemas nutricionales de mayor prevalencia y seleccionar las recomendaciones dietéticas adecuadas.</p> <p>Aplicar las tecnologías y sistemas de información y comunicación de los cuidados de salud.</p> <p>Conocer los procesos fisiopatológicos y sus manifestaciones y los factores de riesgo que determinan los estados de salud y enfermedad en las diferentes etapas del ciclo vital.</p> <p>Identificar las respuestas psicosociales de las personas ante las diferentes situaciones de salud (en particular, la enfermedad y el sufrimiento), seleccionando las acciones adecuadas para proporcionar ayuda en las mismas. Establecer una relación empática y respetuosa con el paciente y familia, acorde con la situación de la persona, problema de salud y etapa de desarrollo. Utilizar estrategias y habilidades que permitan una comunicación efectiva con pacientes, familias y grupos sociales, así como la expresión de sus preocupaciones e intereses.</p> <p>Reconocer las situaciones de riesgo vital y saber ejecutar maniobras de soporte vital básico y avanzado.</p> <p>Conocer e identificar los problemas psicológicos y físicos derivados de la violencia de género para capacitar al estudiante en la prevención, la detección precoz, la asistencia, y la rehabilitación de las víctimas de esta forma de violencia.</p>
De Ciencias de la Enfermería	60	<p>Identificar, integrar y relacionar el concepto de salud y los cuidados, desde una perspectiva histórica, para comprender la evolución del cuidado de enfermería.</p> <p>Comprender desde una perspectiva ontológica y epistemológica, la evolución de los conceptos centrales que configuran la disciplina de enfermería, así como los modelos teóricos más relevantes, aplicando la metodología científica en el proceso de cuidar y desarrollando los planes de cuidados correspondientes.</p> <p>Aplicar el proceso de enfermería para proporcionar y garantizar el bienestar la calidad y seguridad a las personas atendidas.</p> <p>Conocer y aplicar los principios que sustentan los cuidados integrales de enfermería.</p> <p>Dirigir, evaluar y prestar los cuidados integrales de enfermería, al individuo, la familia y la comunidad.</p> <p>Capacidad para describir los fundamentos del nivel primario de salud y las actividades a desarrollar para proporcionar un cuidado integral de enfermería al individuo, la familia y la comunidad. Comprender la función y actitudes y actitud cooperativa que el profesional ha de desarrollar en un equipo de Atención Primaria de Salud. Promover la participación de las personas, familia y grupos en su proceso de salud-enfermedad. Identificar los factores relacionados con la salud y los problemas del entorno, para atender a las personas en situaciones de salud y enfermedad como integrantes de una comunidad. Identificar y analizar la influencia de factores internos y externos en el nivel de salud de individuos y grupos. Aplicar los métodos y procedimientos necesarios en su ámbito para identificar los problemas de salud más relevantes en una comunidad. Analizar los datos estadísticos referidos a estudios poblacionales, identificando las posibles causas de problemas de salud. Educar, facilitar y apoyar la salud y el bienestar de los miembros de la comunidad, cuyas vidas están afectadas por problemas de salud, riesgo, sufrimiento, enfermedad, incapacitación o muerte.</p> <p>Conocer las alteraciones de salud del adulto, identificando las manifestaciones que aparecen en sus distintas fases. Identificar las necesidades de cuidado derivadas de los problemas de salud. Analizar los datos recogidos en la valoración, priorizar los problemas del paciente adulto, establecer y ejecutar el plan de cuidados y realizar su evaluación. Realizar las técnicas y procedimientos de cuidados de enfermería, estableciendo una relación terapéutica con los enfermos y familiares. Seleccionar las intervenciones encaminadas a tratar o prevenir los problemas derivados de las desviaciones de salud. Tener una actitud cooperativa con los diferentes miembros del equipo.</p> <p>Identificar las características de las mujeres en las diferentes etapas del ciclo reproductivo y en las alteraciones que se pueden presentar proporcionando los cuidados necesarios en cada etapa. Aplicar cuidados generales durante el proceso de maternidad para facilitar la adaptación de las mujeres y los neonatos a las nuevas demandas y prevenir complicaciones.</p>

Módulo	Nº de créditos europeos	Competencias que deben adquirirse
De Ciencias de la Enfermería (cont.)	60	<p>Conocer los aspectos específicos de los cuidados del neonato. Identificar las características de las diferentes etapas de la infancia y adolescencia y los factores que condicionan el patrón normal de crecimiento y desarrollo. Conocer los problemas de salud más frecuentes en la infancia e identificar sus manifestaciones. Analizar los datos de valoración del niño, identificando los problemas de enfermería y las complicaciones que pueden presentarse. Aplicar las técnicas que integran el cuidado de valoración de enfermería, estableciendo una relación terapéutica con los niños y sus cuidadores. Seleccionar las intervenciones dirigidas al niño sano y al enfermo, así como las derivadas de los métodos de diagnóstico y tratamiento. Ser capaz de proporcionar educación para la salud a los padres o cuidadores primarios.</p> <p>Comprender los cambios asociados al proceso de envejecer y su repercusión en la salud. Identificar las modificaciones estructurales, funcionales, psicológicas y de formas de vida asociadas al proceso de envejecer.</p> <p>Conocer los problemas de salud más frecuentes en las personas mayores. Seleccionar las intervenciones cuidadoras dirigidas a tratar o a prevenir los problemas de salud y su adaptación a la vida diaria mediante recursos de proximidad y apoyo a la persona anciana.</p> <p>Conocer el Sistema Sanitario Español. Identificar las características de la función directiva de los servicios de enfermería y la gestión de cuidados. Conocer y ser capaz de aplicar las técnicas de dirección de grupos.</p> <p>Conocer la legislación aplicable y el código ético y deontológico de la enfermería española, inspirado en el código europeo de ética y deontología de enfermería. Prestar cuidados, garantizando el derecho a la dignidad, privacidad, intimidad, confidencialidad y capacidad de decisión del paciente y familia. Individualizar el cuidado considerando la edad, el género, las diferencias culturales, el grupo étnico, las creencias y valores.</p> <p>Conocer los problemas de salud mental más relevantes en las diferentes etapas del ciclo vital, proporcionando cuidados integrales y eficaces, en el ámbito de la enfermería.</p> <p>Conocer los cuidados paliativos y control del dolor para prestar cuidados que alivien la situación de los enfermos avanzados y terminales</p>
Prácticas Tuteladas y Trabajo Fin de Grado	90	<p>Prácticas preprofesionales, en forma de rotatorio clínico independiente y con una evaluación final de competencias, en los Centros de Salud, Hospitales y otros centros asistenciales que permitan incorporar los valores profesionales, competencias de comunicación asistencial, razonamiento clínico, gestión clínica y juicio crítico, integrando en la práctica profesional los conocimientos, habilidades y actitudes de la Enfermería, basados en principios y valores, asociados a las competencias descritas en los objetivos generales y en las materias que conforman el título.</p> <p>Trabajo fin de grado: Materia transversal cuyo trabajo se realizará asociado a distintas materias.</p>

Fuente: BOE

#### Anexo 4. Mapa Envejecimiento mundial de la población.

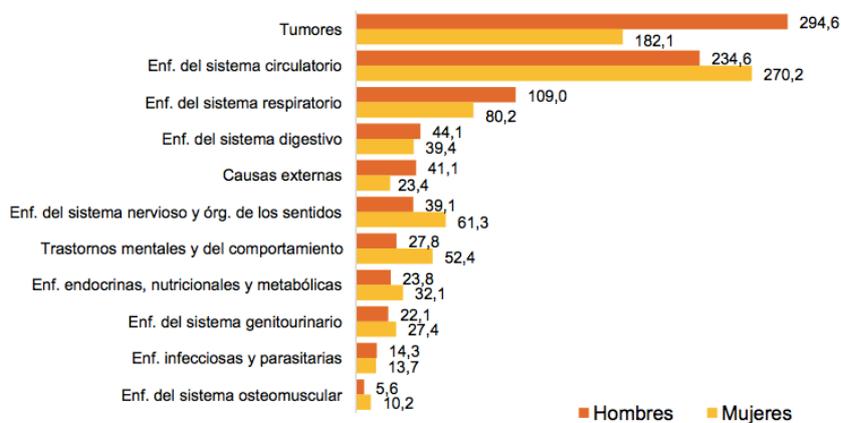
These maps show the proportion of population aged 60 or over in 2014 and 2050 and demonstrate the speed at which populations are ageing.



Source: UNDESA Population division, World population prospects: the 2015 revision, DVD Edition, 2015.

Anexo 5. Causas de Muerte en España.

**Tasas brutas de mortalidad por 100.000 habitantes según causa de muerte (capítulos CIE-10) y sexo. Año 2014**



**Principales causas de muerte según la edad**  
Porcentaje sobre el total de fallecidos. Año 2014

