

Universidad de Cantabria. E.U.E. Casa Salud Valdecilla
Trabajo Fin de Grado

Evolución de la profesión enfermera en la comunidad

**Evolution of the nursing proffesion in the
community**

Autora: Marina Lecue Martínez

Directora: Gloria de Alfonso Blanes

Curso Adaptación Grado de Enfermería

Junio 2014

ÍNDICE

RESUMEN.....	4
ABSTRACT.....	5
INTRODUCCIÓN.....	6
CAPÍTULO 1: DE PRACTICANTES Y ENFERMERAS A A.T.S.: ENFOQUE COMUNITARIO.....	8
1.1. Los comienzos de la profesión.....	8
1.2. Antecedentes inmediatos del Ayudante Técnico Sanitario.....	9
1.2.1. Tiempos del Franquismo.....	10
1.3. Nueva Titulación: los Ayudantes Técnicos Sanitarios.....	10
1.3.1. Aspectos que influyen en la ralentización de la evolución del ejercicio profesional sanitario.....	11
1.3.1.1. Cultura.....	11
1.3.1.2. Relación con el médico.....	11
1.3.1.3. Formación.....	12
1.3.2. La práctica asistencial.....	12
CAPÍTULO 2: TRANSICIÓN Y DEMOCRACIA: LA TRANSICIÓN ENFERMERA.....	16
2.1. Cambios en la sociedad.....	16
2.2. Y mientras...¿Qué pasaba con la enfermería?.....	17
2.3. Declaración de Alma Ata de 1978.....	17
2.4. Cambios en la Legislación.....	18
2.4.1. Real Decreto 3303/1978 de 29 de Diciembre, por el que se crea la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.....	19
2.4.2. Real Decreto 137/1984, de 11 de Enero, sobre Estructuras Básicas de Salud.....	19
2.4.3. Orden de 14 de Junio de 1984 por la que se modifica el Estatuto de Personal Sanitario y Titulado Auxiliar de Clínica de la Seguridad Social.....	20
2.4.4. Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad.....	21

CAPÍTULO 3: ENFERMERÍA Y LA RECIÉN ESTRENADA ATENCIÓN PRIMARIA.....	22
3.1. Primeros años de la Atención Primaria en España.....	22
3.1.1. El equipo de Atención Primaria.....	23
3.2. Enfermería en Atención Primaria.....	23
3.2.1. La consulta de Enfermería.....	24
3.2.2. Las funciones de la enfermera de Atención Primaria.....	25
3.2.3. Cambios que supuso para la Enfermería.....	26
CONCLUSIONES.....	28
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	29
ANEXOS.....	32
Anexo A: Funciones para el ejercicio profesional según la legislación 26 de noviembre de 1945.....	32
Anexo B: Documentación para el seguimiento de pacientes.....	33

RESUMEN

La enfermería desde sus orígenes estuvo ligada a la sociedad en que se encontraba. En España desde su profesionalización sufrió avances y retrocesos, padeciendo un periodo de estancamiento durante la Guerra Civil y posterior Dictadura. Para los practicantes y, especialmente, las enfermeras que trabajaban en esa época, su principal ocupación era hacer tareas auxiliares para la profesión médica.

Pero en los años 50, con la aparición del título de Ayudante Técnico Sanitario, donde se unificaron los Títulos de Practicante, Matrona y Enfermera, la profesión comenzó a evolucionar, aunque los cambios fueron más teóricos que prácticos.

Entre 1975 y 1986 la sociedad española sufrió muchos cambios que afectaron intensamente a la profesión. La enfermería se hizo universitaria y se desarrolló una reforma del sistema sanitario con la implantación de la Atención Primaria.

El nuevo modelo de atención llevó a las enfermeras a tener su consulta en el centro de salud y unas actividades profesionales propias de las que era responsable. Pasó de ser un recurso del médico a ser una profesión indispensable en la atención a la comunidad y a trabajar en equipo.

PALABRAS CLAVE

Enfermería Comunitaria

Enfermería rural

Atención Primaria

Rol de la Enfermera

Historia de la Enfermería

ABSTRACT

Nursing from its origins was linked to the society in which he was. In Spain suffered from his professional progress and setbacks, undergoing a period of stagnation during the Civil War and subsequent dictatorship. For practitioners and especially the nurses working at the time, their main occupation was to make auxiliary tasks for the medical profession.

But in the 50s, with the emergence of the title of Technical Health Assistant, where Titles Practitioner, Midwife and Nurse were unified, the profession began to evolve, although the changes were more theoretical than practical.

Between 1975 and 1986 the Spanish society underwent many changes affecting the profession intensely. Nursing became university and healthcare reform was developed with the implementation of Primary Care.

The new model of care led nurses to have an office into the health center and professional activities which was responsible. Nursing went from being a resource to be a medical resource for an indispensable profession in serving the community and teamwork.

KEYWORDS

Nursing Community

Rural Nursing

Primary Health Care

Nurse's Role

History of Nursing

INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Sanidad y Consumo impulsó en 2006 el Proyecto Estrategias para la Atención Primaria en el siglo XXI (Proyecto AP-21) (1) con el objetivo de desarrollar un marco estratégico global en todas las Comunidades Autónomas, reconociendo los avances que había supuesto la Atención Primaria e impulsando la consecución de esas funciones que se le atribuían pero estaban poco desarrolladas.

La crisis económica en la que está sumida España, las sucesivas reformas en las prestaciones sanitarias, el descontento de la sociedad respecto a éstas, el desánimo de los profesionales,... todo esto hace especular a muchos autores sobre la necesidad de una nueva reforma del sistema sanitario (2-7). Indudablemente esto vendría a ocasionar algún cambio en la enfermería y qué mejor manera para conocer los nuevos horizontes de la profesión que analizar en profundidad los cambios anteriores.

La elección de este tema ha tenido dos motivos. La primera, y principal, es trabajar en Atención Primaria. El hecho de desempeñar la profesión en la considerada entrada del Sistema Sanitario, y especialmente en el medio rural, ocasiona satisfacción e ilusión por seguir trabajando, siendo consciente de que hay muchas cosas por hacer y que la enfermería aún tiene mucho que aportar a la salud. El otro motivo es tener un especial interés en saber de dónde venimos, en conocer la historia de nuestra profesión. Este interés por profundizar en los orígenes es el que dio los objetivos perseguidos en este trabajo.

El objetivo principal fue mostrar la evolución del trabajo de enfermería en la comunidad desde primeros de siglo hasta los primeros años de la instauración de la Atención Primaria en España, contextualizando los cambios de la profesión dentro de la historia del país, indicando cuáles fueron los cambios que provocaron la renovación sanitaria y reconociendo las diferencias en el ámbito laboral antes y después de la aparición de los centros de salud. ¿Terminó en ese momento la evolución de la profesión?

Para conseguirlo, se ha diseñado este trabajo dividiéndolo en épocas, lo que permitiría una lectura más dinámica y comprensible de los cambios acaecidos. Así, la primera etapa cubrirá desde primeros de siglo hasta el fin de la Dictadura, con los primeros profesionales de enfermería hasta los Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS). En la segunda etapa, que llevaría de 1975 a 1986, se introdujeron todos los cambios que provocaron la creación de la Atención Primaria, incluyendo el paso a la formación universitaria. Para terminar, se habla de cómo las primeras enfermeras con su propia consulta fueron adaptándose a la nueva ubicación y responsabilidad.

La metodología se ha basado en una búsqueda bibliográfica en bases de datos como Rebum, Dialnet, Cuiden, Google Académico, UCrea y el catálogo de la Biblioteca de la Universidad de Cantabria, siendo necesario hacer uso del Préstamo Interbibliotecario para acceder a libros de las Universidades de Zaragoza y Sevilla. Se utilizaron términos DeCS como Enfermería, Historia de la Enfermería, Rol de la enfermería, Enfermera Comunitaria, Enfermera rural, Atención Primaria y Centros de Salud pero también lenguaje natural como consulta, consultorio o profesión, no existiendo el término DeCS "consulta de enfermería", a menos que se oriente al ámbito privado.

Tras una primera lectura de los artículos, libros, monografías y compendios de congresos se redujo el material de 67 seleccionados a los 41, que forman el total de referencias bibliográficas de este trabajo. Fruto del estudio de éstos, su análisis y reflexión resulta el trabajo de fin de grado que sigue a estas líneas.

CAPITULO 1:

DE PRACTICANTES Y ENFERMERAS A A.T.S.: ENFOQUE COMUNITARIO

La historia de la enfermería va ligada a la evolución de la sociedad en la que se encuadra; los cuidados que desempeña se van adaptando a las necesidades de las personas en las diferentes épocas (8). Siles González (9) establece una relación directa entre el nivel de desarrollo y madurez de un país con el nivel de desarrollo y madurez de la enfermería comunitaria.

Otro aspecto a considerar es el concepto salud-enfermedad imperante en cada época, pues marcará la orientación de los cuidados (9). Y no podríamos olvidar que, la enfermería, por el hecho de ser una profesión eminentemente femenina, se irá desarrollando a medida que se consiga la igualdad social entre individuos y se eliminen las diferencias por cuestión de sexo (10).

Es indudable por tanto que no podemos hablar de la enfermería como algo aislado y en consecuencia creemos necesario comenzar dando algunas reseñas sobre el origen de practicantes y enfermeras como profesiones inmersas en un proceso histórico. La razón de porqué retroceder tantos años es que el modo de trabajar de los practicantes de primeros de siglo perdurará pasados muchos años después de la nueva titulación de ATS, ya que como se verá más adelante, los cambios acarreados por la aparición de la esta titulación son más legales que prácticos (10-12).

1.1. LOS COMIENZOS DE LA PROFESIÓN

En 1857 podremos hablar de Enfermería en términos profesionales pues se promulga la Ley de Instrucción Pública, más conocida como la Ley Moyano, donde se determina el reglamento para la formación teórico-práctica de Matronas y Practicantes, aunque no es hasta 1902 cuando se establece el programa de enseñanza (8,10,13); el título de practicante no fue accesible a las mujeres hasta 1904 (10).

Pero desde aquella fecha en que se profesionaliza la enfermería habría que esperar hasta 1896 para que se crease la primera escuela de Enfermería en España, sería la Real Escuela de Enfermería de Santa Isabel de Hungría (10). La legalización de los estudios aún sería posterior, en 1915, a través de la Real Orden del 7 de mayo de ese año (14).

En cuanto al país, a principios del siglo XX el Estado ve la necesidad de asumir una mayor responsabilidad en la política sanitaria del país. Así, en la reforma sanitaria del 10 de agosto de 1904, en su artículo 91, se establece que para el servicio de asistencia a los enfermos pobres tendrán todos los ayuntamientos un médico titular y un practicante titulado, al menos por casa 300 familias pobres (8).

En ese mismo año surge la Instrucción General de Sanidad, que a su vez crea las Juntas Provinciales de Sanidad que tendrían como responsabilidad formar comisiones de señoras que se encarguen de dar apoyo a la atención a domicilio, higiene materno-infantil y cuidados similares en la población pobre (10). Ya en 1908 se crea el Instituto de Previsión, que más adelante se convertirá en INSALUD (10).

1.2. ANTECEDENTES INMEDIATOS DEL AYUDANTE TÉCNICO

En 1924 se instituyó la Escuela Nacional de Salud, como reflejo de una política institucionalista, donde entre el personal subalterno auxiliar que formaba estaban los enfermeros así, dos años después, surgió la Escuela de Visitadoras Puericultoras. Estas tituladas ejercían dando consejo y vigilando el estado de salud de madres e hijos y la desempeñaban en Dispensarios móviles y Servicios Provinciales (15). Fue así como comenzaron a formarse enfermeras con matiz comunitario.

A principio de la década de los años 30 esta formación fue más allá de la atención materno-infantil. En 1932, se creó la Escuela Nacional de Enfermeras Visitadoras; comenzó su andadura en 1933, con cursos que duraban 3 meses e impartían temática entre la que se encontraba Estadística sanitaria y Demografía, Medicina Social y Fichas epidemiológicas. En los primeros cursos, para poder acceder era indispensable el Título de Practicante, Enfermera o Matrona; hecho que cambió 3 años después, en que para ingresar en la Escuela sólo era necesario el Título de Bachiller. En estas escuelas, la enseñanza teórica estaba a cargo de médicos y la enseñanza práctica por enfermeras (15).

Las actividades que desempeñaban estas Visitadoras Sanitarias tenía un marcado carácter comunitario: *"desde estudiar las condiciones sociales y sanitarias de los individuos y familias, conocer el estado de las viviendas, los hábitos y características de la alimentación, hasta explicar a la población la forma de obtener provecho higiénico de sus condiciones de vida, incluso llegando a plantearse la posible modificación de circunstancias perjudiciales para la salud"* (15).

El periodo de la II República fue positivo para la evolución sanitaria, el presupuesto del Estado destinó en 1933 el 0,71% al ámbito sanitario, correspondiéndose en su valor a un 300% más que 3 años antes (16). El campo de la enfermería también reflejó el planteamiento vanguardista de este período (10). Alto es el esfuerzo en la formación de enfermeras visitadoras, visos, junto a las actividad de los practicantes, de lo que hoy llamamos enfermería comunitaria.

Pero llegaron los tiempos de la Guerra Civil, las escuelas de enfermería unas cerraron sus puertas y otras mantuvieron la formación sin exámenes (10). La contienda requirió mucha mano de obra sanitaria y ésta fue prestada por jóvenes mujeres sin formación o escasa (13). Cada bando tenía su propio cuerpo de enfermeras (10) y las del Frente Nacional, tras la guerra, fueron premiadas con titulaciones como Cuerpo de Enfermeras de Falange Española Tradicionalista y de las J.O.N.S. o Visitadoras Sociales (en 1942) (15).

Otro hecho sobre el que influyó el enfrentamiento fue la incorporación como docentes en la Escuela Nacional de Enfermeras de Madrid (15) de enfermeras españolas que se habían formado en Estados Unidos (Yale University School entre 1931 y 1936) sobre Avances de Enfermería, Salud Pública,...(9,15).

Durante la Guerra Civil las prioridades sanitarias se centraron en aplicación de sueros, curas, vacunas, enfermedades venéreas y el paludismo. Su término supuso la derrota de la II República y el fin de los avances sanitarios de esa época (16).

El final de la guerra supuso la victoria de la derecha política, así que fue el Franquismo el que, en los primeros años de postguerra, tuvo que enfrentarse a tres grandes epidemias (difteria, tifus y viruela) y centró su actividad en la tuberculosis, la

mortalidad infantil y el paludismo, organizando "campañas" contra enfermedades infecciosas (16). Pero en tiempos de la Dictadura se perdieron casi todos los avances de la enfermería reformista pues no es entendible una "enfermería comunitaria" fuera de una política democrática (9). El Régimen tuvo una mayor orientación tecnológica.

1.2.1. TIEMPOS DEL FRANQUISMO

La Constitución Republicana de 1931 recogía el derecho al seguro de enfermedad, pero no fue hasta tiempo de la postguerra que se promulgaron la Ley del Seguro Obligatorio de Enfermedad de 1942 y la Ley de Bases Nacionales de 1944, que Siles consideró madres del sistema ambulatorio (9).

Para el desarrollo de la Ley del Seguro Obligatorio de Enfermedad (S.O.E.) se encargó a la Dirección General de Sanidad que declinó tal ocupación y la llevó a cabo el Ministerio de Trabajo, lo que ocasionaría una duplicidad inicial de las redes sanitarias (16). La ley no comenzó a aplicarse hasta 1944. Cubría la asistencia al obrero y el objetivo era una pronta recuperación en un país en pleno proceso de industrialización. Poco a poco, el S.O.E. fue ampliando su cobertura hasta cubrir a toda la población (17).

La posterior Ley de Bases de Sanidad Nacional (2 de noviembre de 1944) surge para coordinar la actuación sanitaria y desarrolla, como principal objetivo, una política sanitaria orientada a la prevención de enfermedades infecciosas (16). Otra consecuencia de esta ley fue que estableció tres colegios de Auxiliares Sanitarios: enfermeras, matronas y practicantes (10,13,18).

En estos tiempos, la asistencia rural era llevada a cabo, exclusivamente, por practicantes y matronas de Asistencia Pública Domiciliaria (A.P.D.) y en las zonas urbanas y pueblos mayores, la atención extrahospitalaria la realizaban los Servicios de Urgencia Especial y Ordinaria de la Seguridad Social, un sistema independiente y paralelo (9), realizado por enfermeras, practicantes y matronas.

1.3. NUEVA TITULACIÓN: LOS AYUDANTES TÉCNICOS SANITARIOS

La postguerra española terminó y el país comenzaba a abrirse al mundo, datos de ello fueron la incorporación a la OMS en 1951 (19) y a la ONU en 1953. El país entró en una época de tecnificación y aperturismos, de cambio en definitiva. Y como ya hemos dicho, la enfermería también se verá afectada por estos cambios sociales.

A principios de los años 50 se planteó la necesidad de unificar las titulaciones de Practicante, Matrona y Enfermera, pues teniendo un origen común: *"se obstinan en trabajar en solitario"* (8). Y otra razón para justificar la nueva titulación fue la necesidad de personal formado en técnicas para cubrir las actividades de que derivaban de la asistencia hospitalaria que estaba en crecimiento exponencial (10).

Para llevar a cabo este proceso de unificación el Decreto de 27 de junio de 1952 organizó los estudios de la profesión enfermera (8,15) pero fue el Real Decreto de 4 de diciembre de 1953 el que unificó los planes de estudio de las tres titulaciones, surgiendo así la Titulación de Ayudante Técnico Sanitario (ATS) (8,15,18). Hasta 1955 no se dispusieron las normas de acceso y funcionamiento de las nuevas Escuelas de ATS. En ese mismo año se declaró la profesión de Enfermera a extinguir (15). La

convalidación de las viejas titulaciones por las nueva, aunque más costoso para enfermeras que para practicantes, fue automática. Esto ocasionó bastante desigualdad en cuanto a conocimientos dentro del colectivo de ATS (10).

1.3.1. ASPECTOS QUE INFLUYEN EN LA RALENTIZACIÓN DE LA EVOLUCIÓN DEL EJERCICIO PROFESIONAL COMUNITARIO

En los siguientes epígrafes se mostrará cómo la nueva titulación sólo fue una estrategia legal para unificar la cantidad de titulaciones con una ocupación muy similar, pues con el cambio, el potencial de la enfermería seguiría sin ser utilizado ni fomentado, si no todo lo contrario.

1.3.1.1. Cultura:

La profesión enfermera es eminentemente femenina. No olvidemos que las mujeres en este periodo tuvieron un papel secundario en la sociedad, luego las enfermeras, mujeres, con la sumisión interiorizada por motivos de género, eran inferiores también en su relación laboral con médicos y practicantes (en su mayoría hombres).

Otro aspecto a considerar es que el concepto de salud imperante en este tiempo. Por entonces, la salud era la ausencia de enfermedad, por lo que el centro de la atención no será ni el individuo, ni la comunidad, ni la salud, el rol profesional estará centrado en curar la enfermedad (12).

1.3.1.2. Relación con el médico:

Aunque este apartado podría haberse incluido en el apartado "cultura", se ha decidido extraer de él dada la intensa influencia que tuvo sobre la enfermería.

En los manuales de principio de siglo, practicantes y enfermeras tenían en su formación consideraciones morales de cómo debía ser su relación con el médico. Así se muestra en las siguientes reseñas: *"El Practicante debe siempre tener en cuenta que el Médico es (...) de superior categoría que él; y el Médico debe considerar que el Practicante, aunque de inferior clase en el orden profesional (...) merece por tanto ser tratado con benevolencia y amabilidad... El Practicante debe comprender que (...) nunca ha de poder criticar los actos profesionales del Médico (...) es lógico creer que todo cuanto diga en este sentido ha de ser falso y calumnioso (...)"* y *"la enfermera no cabe más que cumplir íntegramente lo que se le ordena; no tiene competencia para juzgar a los Médicos (...) no sólo debe tener obediencia completa en el cumplimiento de las órdenes, sino además debe abstenerse de toda clase de comentarios y manifestaciones. Al Médico (...) no puede hacer más que obedecerle y respetarle"* (10).

Pasadas cuatro décadas son muchos los textos que siguen hablando de sumisión al médico (12) así, en nuevos manuales de la formación de ATS continúan apareciendo ejemplos: *"... la obediencia reflexiva, el respeto y la sumisión a los médicos será el mejor exponente de la estimación profesional..."* (8).

En los años 70, muy próximos a tiempos universitarios, ya no se habla de sumisión pero sí de una *"ideología de subordinación"*: *"el médico es superior al ATS por dignidad y por*

ciencia" (12). Entre 1919 y 1975 hay pocos cambios en la relación médicos y enfermeras (12).

1.3.1.3. Formación:

Los límites de la actividad de practicantes y enfermeras (y matronas) venía bien marcado por la legislación pero la formación que recibían tenía reseñas especialmente encaminadas a evitar que estos profesionales traspasaran esos límites. Éste es uno de los principales problemas con los que se encontró la evolución del trabajo enfermero.

En el libro "Las carreras Auxiliares Médicas", de 1923, su autor decía al respecto: *"El Practicante de Medicina es el encargado de ejecutar en la clínica oficial y particular las prescripciones que ordena un profesor médico, siendo responsable de su técnica, pero no de su finalidad"*. Además de dejar bien claro la diferencia entre practicantes y enfermeros *"El Practicante es una persona perita, con un título profesional, de esfera más limitada, pero tan respetable como cualquier otra carrera oficial (...) El Enfermero es cualquier persona que hace lo que el médico ordena, con arreglo a la práctica"* (8).

Cuando surgió la Titulación de Ayudante Técnico Sanitario muchos fueron los médicos que opinaron sobre los requerimientos de su formación (8), pudiendo destacarse: *"debe adaptarse al grado de formación previa y a su misión profesional, en que debe dominar los conocimientos técnicos a los teóricos y evitar que el exceso de últimos le haga extralimitarse en sus funciones (...) Creemos que debemos conseguir Ayudantes Técnicos Sanitarios poco sabios"* (8,20).

La formación en las nuevas escuelas de ATS continuó marcando diferencia entre hombres y mujeres; para ellas, era en régimen de internado hasta 1972 y recibían enseñanza además en tareas del hogar, mientras que para ellos eran los únicos que recibían la asignatura de autopsia médico-legal.

El objetivo que se persigue al formar a estos nuevos profesionales es que tengan nociones sobre conocimientos teóricos de medicina, pero hábiles y precisos en la función práctica (10). Este hecho va totalmente acorde con los avances sanitarios de la época y la necesidad de personal que domine las nuevas tecnologías de los hospitales, cuyo número crece vertiginosamente entre 1951 y 1977 (10). Como se ve, la formación iba encaminada a un trabajo en el hospital (20) y no en los ambulatorios (15).

Como era de esperar, en respuesta a las necesidades médicas (12), comenzaron las especialidades de los ATS, primero Asistencia Obstétrica (matrona, 1957), luego Fisioterapia,...(10). Pero si la formación había dejado a un lado la Salud Pública, era de esperar que no fuese menos la creación de la especialidad de Enfermería en Salud Comunitaria, que se creó 1987 (15). Pasarán décadas y décadas hasta que no sea una realidad como Enfermería Familiar y Comunitaria.

1.3.2. LA PRÁCTICA ASISTENCIAL

El Ministerio de Gobernación en el Decreto de 17 de Noviembre de 1960 (12,21) estableció las funciones del ejercicio profesional de ATS, Practicantes, Matronas y Enfermeras, como una necesidad ante las dudas que en la práctica habían surgido y

para acomodarlo a la exigencia sanitaria de la época. Este Decreto vino a sustituir al de 26 de noviembre de 1945 que determinaba las funciones de Practicantes, Enfermeras y Matronas por separado (Anexo A) (12).

Dicho Decreto de 1960 estableció que (21):

- *Los Ayudantes Técnicos Sanitarios serían habilitados para funciones de:*
 - ✓ *Aplicar medicamentos, inyecciones o vacunas y tratamientos curativos.*
 - ✓ *Auxiliar al personal médico en intervenciones de cirugía general y de las distintas especialidades.*
 - ✓ *Practicar curas a operados.*
 - ✓ *Prestar asistencia inmediata en casos urgentes hasta la llegada del médico o titular de superior categoría, a quien habían de llamar perentoriamente.*
 - ✓ *Asistir a partos normales cuando en la localidad no existan titulares especiales capacitados para ello.*
 - ✓ *Desempeñar los cargos/puestos para los que se exigen los títulos de practicante o enfermera, salvo los que correspondan a los ayudantes masculinos o a los femeninos.*
- *Los practicantes tendrán igual función que los ATS.*
- *Las matronas están autorizadas para asistir partos y puerperios normales no distócicos. Aplicar tratamientos ordenados por el médico.*
- *Las enfermeras tendrán igual función que los ATS, con exclusión de la asistencia a partos normales. Se les prohíbe establecer igualatorios y disponer de locales para ejercicio libre.*

Ya en 1973 apareció el Estatuto de Personal Sanitario Titulado y Auxiliar de Clínica de la Seguridad Social (22) donde entre otros aspectos de interés, indicó cuáles era las funciones de Enfermera y ATS en instituciones abiertas (aquellas donde se realizaba atención ambulatoria) (23) :

1. *Ejercer las funciones de auxiliar del Medico, cumplimentando las instrucciones que reciban del mismo en relación con el servicio.*
2. *Tener a su cargo el control de los archivos de historias clínicas, ficheros y demás antecedentes necesarios para el buen orden del servicio o consulta.*
3. *Vigilar la conservación y el buen estado del material. sanitario, instrumental y, en general, cuantos aparatos clínicos se utilicen en la institución, manteniéndolos limpios, ordenados y en condiciones de perfecta utilización.*
4. *Atender al paciente y realizar los cometidos asistenciales específicas y generales necesarios para el mejor desarrollo de la exploración del enfermo o de las maniobras que el facultativo precise ejecutar, en relación con la atención inmediata en la consulta o servicio.*
5. *Poner en conocimiento de sus superiores cualquier anomalía o deficiencia que observe en el desarrollo de la asistencia o en la dotación del servicio encomendado.*
6. *Cumplimentar igualmente aquellas otras funciones que se señalen en los Reglamentos de Instituciones Sanitarias y las instrucciones propias de cada Centro, en cuanto no se opongan a lo establecido en el presente Estatuto"*

Este grupo de profesionales tenían una jornada laboral de 6 horas continuas diarias, 36 horas semanales (22). Horario que se repartía entre tres consultas médicas (17). Frente a esto, estaban los practicantes de zona, funcionarios municipales, que tenían un tiempo de atención ambulatoria de dos horas y media. Y además, si desempeñaban su labor en medio urbano realizaban avisos a domicilio de 9 a.m. a 5 p.m. y si por el contrario era un medio rural, estaban localizados las 24 horas del día y vivían en la misma zona que cubrían; posteriormente librarían domingos y festivos. El Estatuto antes mencionado (22), en el artículo 62 indicaba cuáles eran las funciones a desarrollar por los practicantes en la zona médica:

1. *Ejercer las funciones propias de su profesión, cumplimentando las instrucciones que reciban por escrito de los facultativos correspondientes en relación con el servicio.*
2. *La asistencia ambulatoria y domiciliaria, en la esfera de su competencia, de las personas protegidas por la Seguridad Social que les hayan sido asignadas. Los tratamientos podrán ser ordenados por los Médicos de Medicina General que tengan asignado el Practicante Ayudante Técnico Sanitario, por los especialistas correspondientes, y los facultativos de las Instituciones Sanitarias, así como por la Inspección de Servicios Sanitario.*
3. *La recepción y cumplimiento de los avisos para la asistencia a domicilio, de conformidad con las normas de ordenación de la asistencia. El número de asistencias a domicilio dentro de un mismo día y para la atención de un mismo enfermo, será como máximo de dos, correspondientes una al horario de mañana y otra al de tarde.*
4. *La aplicación de la medicación inyectable y la realización de las curas que, como consecuencia de una asistencia de carácter urgente, haya prescrito el Médico general, siempre que esta asistencia no corresponda al Servicio de Urgencia establecido en la localidad.*
5. *La toma de muestras a domicilio para análisis clínicos cuando no exista Analista en la localidad y no se requiera la utilización de técnicas reservadas al personal médico.*
6. *La eventual asistencia a los partos normales, siempre que no haya Matrona que pueda atenderlos en la localidad de que se trate.*
7. *Realizar la asistencia domiciliaria de urgencia, ordenada por el Médico, Así como la de domingos y días festivos, en aquellas localidades donde no esté establecido el Servicio de Urgencia.*
8. *Cuando la consulta se realice en Institución Sanitaria de la Seguridad Social, se atenderá a todos los titulares y beneficiarios que acudan a la misma, con independencia de que pertenezcan o no a sus respectivos cupos.*
9. *Aquellas otras que se les señalen y correspondan a su profesión y dentro de su zona.*

De la lectura de estos datos podemos deducir que no hubo una gran diferencia en la labor desempeñada entre los antiguos enfermeros/practicantes y los nuevos ATS (11), de hecho continuaba existiendo en la normativa esa diferencia nominal a pesar de la unificación de la Titulación. Para fortalecer este hecho, el Estado, que obligando a la colegiación para el ejercicio de la profesión, dictó una orden en 1958, antes de que la primera promoción de titulados ATS finalizase, exigiendo que los hombres ATS se colegiasen en la sección de practicantes y las mujeres ATS en la de enfermeras (12).

También se puede destacar, como el trabajo de enfermeras/ATS en los ambulatorios era auxiliar al médico en su quehacer diario (9,17,24) y facilitarle las labores, entre los que se encontraban proveerle de bata limpia semanalmente, llamar a los pacientes por su número, rellenar recetas o volantes, lavar el material usado... (17). Esta actitud en

oposición a una actividad más independiente del practicante de zona/ATS, fue lo que llevó a éste a ocupar un elevado estatus en las zonas rurales .

Al hilo de la actividad tan restrictiva de las enfermeras/ATS de las instituciones abiertas se encontraba la comparación con sus compañeras de hospitales que comenzaban a tomar más responsabilidad (12,24). Este hecho causó cierto descontento pues se planteaba que profesionales con los mismos conocimientos y destrezas podrían realizar los mismos cuidados en instituciones cerradas (los hospitales) (23) que en las abiertas y domicilios (12).

No ha de olvidarse que el Régimen había apostado por la atención especializada y en 1962 se promulga la Ley de los Hospitales. Un revulsivo para el rol enfermero, pero sólo a nivel hospitalario (12). Frente a esta evolución en los hospitales, en los ambulatorios y consultorios sólo se atendían enfermos, y sólo cuando acudían, es decir, en procesos agudos; no se hacía un seguimiento, pues la atención sanitaria iba encaminada a curar (17,24). Esto llevó a que temas como cuidados, educación sanitaria, prevención o detección precoz no tuviesen cabida en este esquema sanitario (17,24).

La satisfacción del usuario respecto a la atención recibida en consultorios y ambulatorios era baja, tiempos de espera largos e incomodidad de las salas de espera, desconfianza de los resultados de la consulta, necesidad de realizar otras pruebas, lo que supone más tiempo,... (17,24) Todo esto hizo que los usuarios vieran a los ambulatorios como segunda opción ante los hospitales (17).

Hasta los años setenta, el nivel de ocupación y responsabilidad de las enfermeras y ATS en los ambulatorios estaba equilibrado con sus expectativas laborales. Estos puestos, en su mayoría, fueron ocupados por aquellas enfermeras que recibieron la titulación tras la Guerra Civil, por su colaboración sanitaria durante el periodo bélico (15) y por enfermeras mayores o con cargas familiares que veían los ambulatorios como un trabajo sin exigencias y cómodo. Las jóvenes enfermeras con inquietudes optaron por trabajar en los hospitales (17). Todo esto nos orienta sobre el escaso interés evolutivo del personal enfermero que trabaja en estos centros.

Un buen resumen de la labor enfermera hasta 1977 sería la que se hizo en este artículo: *"La enfermera es una mera aplicadora de técnicas que ejerce su profesión subordinada a la figura del médico con categoría auxiliar del mismo. El papel de la enfermera se reduce al control del proceso, como manipuladora externa respecto al estado de salud y necesidades de la comunidad. El paciente un objeto pasivo (...)simple receptor del procedimientos, tratamientos (...)"* (9).

CAPÍTULO 2:

TRANSICIÓN Y DEMOCRACIA: LA TRANSICIÓN ENFERMERA

El periodo de la Transición española (1975-1978) duró mucho menos años de los que necesitó la enfermería para hacer la transición de enfermera de ambulatorio a enfermera de Centro de Salud. A continuación se irán indicando aquellos aspectos considerados clave que impulsaron a la enfermería a tener su propio espacio dentro de las dependencias sanitarias, la consulta de enfermería, produciéndose así una importante evolución de la profesión.

2.1. CAMBIOS EN LA SOCIEDAD

La década de los setenta fue una época crucial para la sociedad española, en apenas diez años se pasó de un régimen dictatorial a un periodo de transición e incertidumbre que condujo a la democracia y el aperturismo del país. España comenzó su crecimiento, el contacto con otros países se hace más fluido y nuevas tendencias e influencias empaparon el sentir del pueblo, que tomó conciencia de lo que tenían y se volvieron más críticos o al menos lo expresaron con mayor libertad.

En esos años, España tuvo grandes hospitales muy tecnificados, donde el máximo exponente eran las llamadas ciudades sanitarias, con personal preparado, pero mantenerlos requería grandes presupuestos. Frente a esto, el sistema ambulatorio, urbano o rural, se encontraba infradotado, masificado y con un personal sin motivación. La nación vivía una situación económica difícil y pese al importante gasto que suponía para el país su estructuración sanitaria, la mortalidad no disminuía de acuerdo a ese esfuerzo (25) y el usuario estaba descontento (17,24).

El usuario sentía que sus necesidades reales de salud no estaban cubiertas (17,24). Era atendido en un sistema basado en un concepto de salud antiguo (ausencia de enfermedad) donde los nuevos problemas de salud sólo podían atenderse en momentos agudos o terminales (17). La sociedad reclamaba una atención de la salud integral y más concienciada (8).

Las enfermedades de los años setenta y ochenta eran diferentes. Éstas derivaban de estilos de vida, eran enfermedades crónicas (cardiovasculares, mentales,...) que requerían detección precoz, tratamiento integral y modificación de hábitos (17).

Podíamos decir que la percepción de la salud que en esos tiempos tenía la sociedad española se ajusta más a la definición que dio la OMS en 1948: "*como el estado óptimo de bienestar físico, psíquico y social y no sólo como la ausencia de enfermedad*" (25,26). Así que solicitaron otro tipo de cuidados.

La sociedad era el reflejo del cambio que se estaba produciendo en el Gobierno de España. Así, el periodo de Transición terminaba con la promulgación de la Constitución de 1978, que en el artículo 43 reconocía el derecho a la salud como fundamental para todos los ciudadanos. Además, hacía responsable a los poderes políticos de mantener un régimen público de la Seguridad Social para todos, organizar la salud pública y realizar políticas de previsión, tratamiento y rehabilitación (10,27). Es en este año cuando se crea el Ministerio de Sanidad y Consumo.

Era evidente que la política sanitaria del país necesitaba una renovación y el impulso necesario se tomó de la Declaración de Alma Ata de 1978.

2.2. Y MIENTRAS... ¿QUÉ PASABA CON LA ENFERMERÍA?

En los primeros años de la década de los setenta, la política educativa y reformista dudaba si la formación de las enfermeras debía ser una titulación de formación profesional o universitaria. Evidentemente, era una importante decisión, pues la primera opción reduciría en un curso académico la formación y la segunda estaba siendo muy perseguida por el colectivo (10).

Se formó un Consejo en el que se analizaron las áreas de actuación de los profesionales enfermeros, se consideraron el nuevo concepto de salud, los cuidados con carácter individual y la atención a la salud desde una perspectiva global (10). Fruto de ello fue la publicación el 22 de agosto de 1977, en el BOE, del Real Decreto 2128/1977 sobre la integración en la Universidad de las escuelas de ayudantes técnicos sanitarios, como escuelas universitarias de enfermería (8,10,28).

Las viejas escuelas de ATS tenían que reformarse, lo hicieron casi todas. Aspectos a destacar serían la incorporación de enfermeras a la docencia y de nuevas asignaturas como Salud Pública (sobre lo que ya se habían formado aquellas enfermeras españolas que estudiaron en Estados Unidos en la década de los años 30), Ciencias de la Conducta o Enfermería Geriátrica (10). Los estudios habían dado un giro y ahora también se instruía sobre la prevención de la enfermedad y el fomento de la salud (8).

La primera promoción de Diplomados en Enfermería finalizó sus estudios en 1980 (10). Era difícil acceder a los hospitales pues las plantillas estaban completas de personal joven, así que, aprovechando la mayor edad de las enfermeras de los ambulatorios, encontraron allí su lugar de trabajo (17).

Pero había un problema, la diferencia entre estas nuevas enfermeras y aquellas a las que sustituían era enorme. Las jóvenes diplomadas habían aprendido aspectos de la profesión que chocaban enormemente con el funcionamiento de los ambulatorios. El trato con los médicos cambió, se negaban a ser auxiliares que rellenasen recetas y volantes, ellas tenían otras competencias y funciones, una población por atender y cuidar; estaban formadas para ello (17).

Afortunadamente, médicos jóvenes llegaron a los ambulatorios con interés por atender en profundidad a los usuarios de su cupo, incluso creando historiales y fuera de su horario laboral. La enfermería sabía que algo estaba cambiando pero también que continuaban realizando labores impropias (17). Era necesaria una reforma.

2.3. DECLARACIÓN DE ALMA ATA DE 1978

La OMS era consciente de todos los cambios que están sucediendo a nivel mundial, crisis económica, insatisfacción del usuario, aumento progresivo de la demanda y cobertura desigual e incompleta. En la Conferencia de Alma Ata, de 1978, formuló un objetivo, "Salud para todos en el año 2000", esto significaría conseguir que todos los individuos alcanzasen un nivel de salud que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva (26).

La OMS, que planteó los problemas existentes pero también las soluciones, consideraba que la Atención primaria era la clave para alcanzar el objetivo propuesto. Decía que ésta debía ser el eje central de la asistencia sanitaria (26,29) y estar basada en la práctica científicamente fundada y socialmente aceptable (26).

Indica que la salud era un derecho fundamental y consideraba que alcanzarlo en su máximo nivel era un deber social. Además, la Declaración advertía del derecho y el deber de la participación comunitaria en su propia salud. Pero para ello era necesaria la colaboración política, sanitaria y social (26).

Para conseguirlo, en la Conferencia se realizó un llamamiento a una acción nacional e internacional urgente y eficaz que impulsase y pusiera en práctica la Atención Primaria de salud en todo el mundo. Siendo consciente, como señaló en el punto VIII de la Declaración, que los gobiernos debían formular políticas y estrategias para que ésta tuviese su lugar en el sistema sanitario (26). La Organización pretendía presentar la Atención Primaria no como una atención estrictamente sanitaria si no integradora de todos aquellos aspectos que contribuyeran a la salud y el bienestar de la persona y grupo.

En Alma Ata se definió e indicó, en el punto VII de su Declaración, como debía ser la Atención Primaria (26), de lo que destacamos:

- ser reflejo y consecuencia de las condiciones políticas, sociales, culturales y económicas del país,
- estar basada en investigación biomédica y psicosocial y en la experiencia en salud pública,
- orientarse a los principales problemas de salud de la comunidad,
- prestar servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de esos problemas y
- trabajar como un equipo de salud.

Para la consecución de los objetivos del milenio y la instauración de la Atención Primaria, la OMS consideraba fundamental la contribución de enfermeras y matronas (30), así como que aquellas debían dejar de ser un recurso del médico y pasar a ser un recurso para la comunidad (9,10).

2.4. CAMBIOS EN LA LEGISLACIÓN

La sociedad, la OMS, el personal que trabajaba en las instituciones abiertas y la nueva Constitución creían en otro tipo de atención sanitaria, diferente a la existente, así fue como el Gobierno, democrático, comenzó con la reforma sanitaria.

Los cambios legales que se indican a continuación son aquellos que impulsaron la creación de la Atención Primaria en nuestro país y con ello la creación de las consultas de enfermería.

2.4.1. REAL DECRETO 3303/1978 DE 29 DE DICIEMBRE, POR EL QUE SE CREA LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA .

En 1981 se inauguran las primeras estructuras docentes extra hospitalarias para el tercer año de residencia de la nueva especialidad. El 20 de octubre de 1981 se inaugura el primer centro de salud de España, C.S. La Cartuja en Granada.

Aunque fue un año después cuando el Ministerio de Sanidad y Consumo promulga el Real Decreto donde se crearon las unidades piloto, decía así:

La elevación y mejora del nivel de salud de la población española través del incremento de su bienestar físico, mental y social, y la corrección de los desequilibrios interterritoriales y sociales sobre tales aspectos, constituye uno de los objetivos previstos por el Gobierno a través de una acción dinámica de mantenimiento, ampliación, potenciación y racionalización de las estructuras sanitarias, perfeccionándolo con la inclusión de nuevas fórmulas que aseguren, en la medida de lo posible, una permanente adaptación a la realidad social, cultural y económica de la comunidad. (...)Para alcanzar los objetivos señalados y considerando la trascendencia y repercusión que, en el marco asistencial de la Seguridad Social, supone todo propósito innovador, parece prudente que tan ambicioso programa se inicie con una fase experimental (...)abriendo así nuevos esquemas dentro de la atención primaria y de una acción integrada que alcance la prevención, fomento, asistencia y recuperación de la salud, (...) Lleva ello consigo un necesario trabajo de equipo de las profesiones sanitarias, así como la apertura a colaboraciones interdisciplinarias, la dedicación suficiente, la atención selectiva hacia los colectivos de población menos atendidos, la participación activa de la comunidad y el ensayo de una transformación de los actuales Ambulatorios Asistenciales en Centros de Salud (31).

Es a finales de 1983 cuando se indica que estos futuros especialistas debían desarrollar su formación también en los ambulatorio. Recordemos, que por aquellas fechas se incorporaban también los primeros titulados universitarios de enfermería, con la nueva formación sobre cuidados por lo que, podríamos decir, aquí se encontraría la semilla de la Atención Primaria de nuestro país (17).

2.4.2. REAL DECRETO 137/1984, DE 11 DE ENERO, SOBRE ESTRUCTURAS BÁSICAS DE SALUD

En este RD describían líneas básicas para la implantación de la Atención Primaria, definiendo estos conceptos fundamentales:

- Zona básica: *"marco territorial de la atención primaria de salud, es la demarcación poblacional y geográfica fundamental, delimitada una determinada población, entre 5.000 y 25.000 personas, siendo accesible desde todos los puntos y capaz de proporcionar una atención de salud continuada, integral y permanente con el fin de coordinar las funciones sanitarias" (32).*
- Centro de salud: *"es la estructura física y funcional que posibilita el desarrollo de una atención primaria de salud coordinada globalmente, integral, permanente y continuada, y con base en el trabajo de equipo de los profesionales sanitarios y no sanitarios que actúan en el mismo. En él desarrollará sus actividades y funciones el*

Equipo de Atención primaria. En el medio rural podrá existir un Consultorio Local en cada una de las localidades restantes que constituyan la Zona" (32).

- *Equipo de Atención Primaria: es el "conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios con actuación en la Zona de Salud". Y lo componen "los Médicos de Medicina General y Pediatría, Puericultura de Zona, Ayudantes Técnicos Sanitarios o Diplomados en Enfermería, Matronas y Practicantes de Zona y Auxiliares de Clínica adscritos a la Zona" así como farmacéuticos, veterinarios, trabajadores sociales, personal de administración y los APD (médicos, practicantes y matronas) radicados en la zona (32).*
- *Funciones del Equipo:*
 - 1) *Prestar asistencia sanitaria tanto a nivel ambulatorio como domiciliario y de urgencia a la población adscrita a los Equipos en coordinación con el siguiente nivel asistencial.*
 - 2) *Realizar las actividades encaminadas a la promoción de la salud, a la prevención de la enfermedad y a la reinserción social.*
 - 3) *Contribuir a la educación sanitaria de la población.*
 - 4) *Realizar el diagnóstico de salud de la Zona.*
 - 5) *Evaluar las actividades realizadas y los resultados obtenidos.*
 - 6) *Realizar actividades de formación pre-graduada y pos-graduada de atención sanitaria así como llevar cabo los estudios clínicos y epidemiológicos que se determinen.*
 - 7) *Participar en los programas de salud mental, laboral y ambiental.*
 - 8) *Aquellas otras de análoga naturaleza que sean necesarias para la mejor atención de la población protegida.*
 - 9) *La realización de aquellos programas sanitarios que específicamente se determinen, de acuerdo con el diagnóstico de salud de la Zona.*
 - 10) *El trabajo en equipo obliga a que cada uno de sus miembros participe en el estudio, ejecución y evaluación de las actividades comunes (32).*

En las Disposiciones transitorias indicaba que las unidades piloto de Medicina de Familiar serían transformadas en Equipos de Atención Primaria.

Fue este Real Decreto, según M^a Victoria Antón Nardiz y otros autores (17,29), el que marcó el modelo elegido por el Gobierno para llevar a cabo la reforma sanitaria, es decir, la implantación de la Atención Primaria y la que anunció una Ley General de Sanidad en línea con la Constitución Española.

2.4.3. ORDEN DE 14 DE JUNIO DE 1984 POR LA QUE SE MODIFICA EL ESTATUTO DE PERSONAL SANITARIO Y TITULADO Y AUXILIAR DE CLÍNICA DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Como se ha comentado con anterioridad, existía mucha diferencia entre las responsabilidades y cuidados permitidos a las enfermeras hospitalarias y aquellas que dispensaban sus cuidados en instituciones abierta, así que esta Orden vino a dar a las enfermeras de Atención Primaria un ámbito de responsabilidad propia (24). En ella se reconocía el servicio prestado por los profesionales de Enfermería y se creó la figura de "Personal Auxiliar Sanitario de Atención Primaria".

En el art. 51 (bis) indicaba que la jornada laboral para el personal adscrito a los Equipos de Atención Primaria es de cuarenta horas semanales. Para indicar las funciones de este nuevo personal, se introduce el art. 58 (bis) que decía así:

"Las Enfermeras y los Diplomados en Enfermería o Ayudantes Técnicos Sanitarios de Atención Primaria prestarán con carácter regular sus servicios a la población con derecho a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social en régimen ambulatorio y/o domiciliario, así como a toda la población, en colaboración con los programas que se establezcan por otros Organismos y Servicios que cumplan funciones afines de Sanidad Pública Educación Nacional y Beneficencia o Asistencia Social.

Conforme a su nivel de titulación centrarán sus actividades, en el fomento de la salud, la prevención de enfermedades y accidentes de la población a su cargo, actuando fundamentalmente en la comunidad, sin descuidar las necesidades existentes en cuanto a rehabilitación y recuperación de la salud." (33).

Este Estatuto cambió su denominación por la de "Estatuto del Personal Sanitario no Facultativo de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social" por Orden de 27 diciembre 1986 (34).

2.4.4. LEY 14/1986, DE 25 DE ABRIL, GENERAL DE SANIDAD

El anteproyecto de esta Ley fue publicado en febrero de 1984, con pretensiones de modernizar la sanidad española y equipararla a la europea (36). El partido socialista había anunciado en su programa electoral la reforma y Ernest Lluch al mando del Ministerio de Sanidad y Consumo la llevaría a cabo no sin muchos desencuentros, como relata María del Carmen Giménez en su trabajo "La Transición hacia la reforma sanitaria: La Ley General de Sanidad (1986)" (25).

Dos eran las razones fundamentales de la promulgación de esta Ley, por un lado el reconocimiento de los artículos 43 (derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud) y 49 (responsabilidad de los poderes públicos de tomar medidas adecuadas) de la Constitución. Y por otro, como medida organizativa para las competencias sanitarias que asumían las Comunidades Autónomas (35).

Los cambios iban a acabar con las desigualdades y los desequilibrios, habría una asistencia integral garantizada para todos los ciudadanos, para ello como directriz de la reforma se creó el Sistema Nacional de Salud (10,25,35).

En el Título III, de las estructuras del sistema sanitario público, se introdujo el concepto de Área de Salud como estructura fundamental del sistema. La ley establecía que serían las piezas básicas de los Servicios de Salud de las Comunidades, que organizadas según diferentes factores, asistirían a una población entre 200.000 y 250.000 personas y dentro de ellas se ofrecerían todas las prestaciones propias del sistema sanitario (35).

En la citada Ley, como sucedió con la de Estructuras Básicas, se volvió a hablar de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, de educación sanitaria, se dio suma importancia a la participación del individuo y la comunidad como responsables de su salud, lo que supuso un cambio drástico con la sanidad que se estaba desarrollando en los años anteriores (10,17).

CAPÍTULO 3:

ENFERMERÍA Y LA RECIÉN ESTRENADA ATENCIÓN PRIMARIA

3.1. PRIMEROS AÑOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN ESPAÑA

Como indicaba la normativa para la introducción de la Atención Primaria, las Comunidades tuvieron que dividir el territorio en Áreas de Salud, con un hospital de referencia, y éstas a su vez en Zonas Básicas, donde se ubicaría el Centro de Salud y los consultorios rurales dependientes de éste, si fuese el caso. El Equipo de Atención Primaria (EAP) era el equipo humano que incluía personal sanitario y no sanitario y desempeñaba las funciones indicadas con anterioridad (capítulo de normativa).

Así fue como a partir del Real Decreto 137/1984 de Estructuras Básicas de Salud se desarrolló lo que entonces se llamó Nuevo Modelo de Atención que vino a sustituir al anterior de Atención Médica Primaria, con el que existían sustanciales diferencias tanto en filosofía como en desarrollo (3) (Ver tabla 1) (3,37,38).

Modelo Tradicional (Atención Médica Primaria)	Nuevo Modelo (Atención Primaria de Salud)
Basada en la enfermedad	Basada en la salud
Curar	Promoción, prevención, curación, rehabilitación y reinserción
Médico	Equipo de Atención Primaria
Ausencia de registros	Registro de actividades
Asistencia a demanda	Atención programada
Asistencia aislada	Atención con unidades de apoyo
Asistencia centrada en el paciente	Asistencia centrada en individuo, familia y comunidad
Ausencia de docencia/investigación	Se facilita/potencia docencia/investigación
Protagonismo exclusivo sanitario	Intersectorialidad, participación comunitaria

Tabla 1. Diferencias entre Modelo tradicional y el nuevo de Atención Primaria. Elaboración propia.

Pero la ilusionante andadura que para muchos profesionales se iniciaba con la reforma sanitaria pronto se vio truncada por cuestiones como escasez de recursos, congelación de presupuestos sanitarios, la excesiva precipitación sobre algunas cuestiones y la lentitud de otras (3). Además, el importante papel otorgado a la profesión enfermera, considerándola como "motor de cambio" (3,10,30,39-41), levantó ampollas entre los médicos no acordes con la reforma (3).

Aún así, se fueron formando los EAP, con gran énfasis en el desarrollo de protocolos de actividades, la proyección comunitaria de la enfermería, la prevención y los registros que posibilitasen el seguimientos de los pacientes (3,37). El resultado tuvo aceptación social y el reconocimiento de mejora de la asistencia por parte de usuarios (24) y profesionales (3).

3.1.1 EL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Merece la pena dedicar unas líneas al EAP por la importancia en el sistema, por la importancia en el desarrollo de éste y por ser el equipo en que trabaja la enfermera de Atención Primaria.

El equipo era considerado el pilar organizativo del desarrollo de la AP (38), y su composición variaba en cada Zona de Salud en función de las necesidades de la población atendida (37,39), pero siempre incluiría, lo que se llamó núcleo básico: médico, de adulto y pediatría, profesionales de enfermería y asistentes sociales (38).

Las funciones del equipo derivaban de las propias del nuevo modelo; garantizar y mejorar el nivel de salud del individuo y comunidad a su cargo, siempre desde un enfoque multidisciplinar. Esto lo realizaban a través de:

- Promoción de la salud, la más importante y general de las funciones, aplicable a personas sanas y enfermas.
- Prevención de la enfermedad, ligada a la anterior pero más específica, destinada a personas en riesgo de padecer un problema concreto.
- Asistencia, función básica y tradicional del equipo.
- Rehabilitación y reinserción, dirigida a un sector de la población que tras enfermedad o accidente presentasen secuelas de ello (10,37,38).

Además de éstas mencionadas, el equipo tendría las funciones de docencia, en formación pre y postgrado de los profesionales sanitarios, e investigación, para el desarrollo de la profesión (37,38).

Desde luego que no nos podríamos olvidar, aunque no se incluya específicamente en ninguna de las funciones, del diagnóstico de la situación y de los problemas de salud de la población, pues se consideró una herramienta esencial y la primera para iniciar cualquier otra acción (38).

Así mismo, dada la importancia otorgada al equipo multidisciplinar, había que sumar el deber de trabajar como equipo, algo a lo que los nuevos profesionales de Atención Primaria no estaban acostumbrados, suponiendo esto un esfuerzo añadido (38). También influiría en esta nueva forma de trabajar el pasar de un sistema donde el médico era el único responsable a otro en que la responsabilidad de los diferentes miembros en el centro sería muy poco diferenciada y progresiva, delimitándose según conocimientos, actividades, actitud, motivación,... (39).

3.2. ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Las primeras enfermeras que se incorporaron al nuevo sistema tenían mucha ilusión, pero también un importante desconocimiento sobre lo que tenían que hacer y cómo hacerlo (39), por eso, al principio, el cambio fue poco significativo, continuaban con la concepción biologicista de la enfermedad. Se les había concedido una consulta propia para una actividad propia pero sin una formación apropiada (3).

Martín Zurro, en su Manual de Atención Primaria, indica que el nuevo sistema requería un profesional enfermero con una visión integral y general del individuo y la comunidad, con una acción educativa implícita en todas sus actuaciones. Decía además, que la forma de conseguirlo era adaptando la formación pregrado a las

necesidades reales de la práctica y con una reciclaje y formación continuada para aquellos que ya estaban trabajando (38).

Hasta que esto fuese posible, se comenzó a trabajar por actividades, protocolos y luego programas, organizando el trabajo por patologías, lo que les proporcionaba una mayor seguridad, independencia y autoestima, pero se alejaba del enfoque integral de la Atención Primaria. El usuario percibía una mayor atención pero tenía que relacionarse con diferentes enfermeras según el problema a tratar (3,38).

Con el tiempo, la salud pasó a ser el objetivo, con un enfoque bio-psico-social del individuo y la familia, sin olvidarse de la enfermedad. La distribución de la población a cargo de cada enfermera se hizo lo más equitativa posible teniendo en cuenta cuestiones geográficas, cargas de trabajo e isocronas de distancia (3).

Por tanto el trabajo de la nueva enfermera de Atención Primaria se centraba en la comunidad (17), a través de la consulta propia, la visita domiciliaria y la educación para la salud (10). La imagen de la enfermera de Atención Primaria comenzaba, de esta manera, a ajustarse a la definición que en 1973 hizo la Asociación Americana de Enfermeras (ANA):

"La enfermería comunitaria es una síntesis de la práctica de la enfermería y la salud pública aplicada a promover y preservar la salud de la población, La naturaleza de esta práctica es general y abarca muchos aspectos. No se limita a un grupo de edad o un diagnóstico determinado. Es continua y no episódica. La responsabilidad dominante es la población como un todo. Por lo tanto, la enfermería dirigida a los individuos, las familias o los grupos contribuye a la salud de la población total. La promoción de la salud, el mantenimiento de la salud, la educación sanitaria, la coordinación y continuidad del cuidado se utilizan con un enfoque integral de la familia, el grupo y la comunidad. La actuación de la enfermera confirma la necesidad de un planteamiento general de la salud, reconoce las influencias de tipo social y ecológico, presta atención a la población en peligro y utiliza las fuerzas dinámicas que influyen en el cambio" (3).

3.2.1. LA CONSULTA DE ENFERMERÍA

La creación de la consulta de enfermería fue un hecho emblemático para la profesión (40), pero además, su implantación, unido a la formación continuada necesaria para el cambio, supuso un aumento de la calidad asistencial del sistema de salud, las competencias de la profesión y una mayor satisfacción personal (38,40).

Rubio Montejano define la consulta de enfermería como: *"la entrevista entre el usuario, enfermo o sano, y el profesional de Enfermería, que tiene como objeto proveer cuidados, administrar medicamentos, realizar pruebas e impartir educación sanitaria, todo ello para prevenir la enfermedad, promover la salud, recuperarlas cuando fuera posible y ayudarle a rehabilitarse y/o convivir saludablemente con la enfermedad" (37).*

Según esta definición, la consulta enfermera podía desarrollarse en:

- El centro de salud, en su despacho u otra sala habilitada para el desarrollo de la actividad necesaria,
- El domicilio; lo que sería una visita domiciliaria o un aviso
- La comunidad: escuelas, asociaciones,...

Desde el punto de vista funcional, la consulta podía ser (37):

- A demanda o espontánea, cuando se produce por iniciativa del paciente que acude y solicita los servicios de la enfermera para un motivo determinado. También se llama así cuando quién sin estar previsto es otro profesional del equipo quien lo solicita.
- Programada, cuando la cita es planificada de antemano por el profesional, Suele estar encadenado a la inclusión en programas de salud desarrollados en el centro.

Los servicios básicos en los que la enfermera desarrolló su actividad fueron:

1. *"Seguimiento y control de pacientes crónicos.*
2. *Prevención de enfermedades transmisibles.*
3. *Atención materno-infantil.*
4. *Atención al anciano.*
5. *Controles periódicos de salud.*
6. *Realización de técnicas de enfermería.*
7. *Colaboración en exploración, diagnóstico y tratamiento de pacientes"* (40).

3.2.2. LAS FUNCIONES DE LA ENFERMERA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Muchas de las funciones de la enfermera de Atención Primaria estaban recogidas en el Real Decreto 137/84 sobre Estructuras Básicas, la Orden de 14 de junio de 1984 donde se creó la Enfermera de Atención Primaria, la Ley General de Sanidad de 1986 y posteriormente la circular 5/1990 de 18 de junio del INSALUD (39,41). Aún así, el Ministerio de Sanidad y Consumo publicó en 1984 una "Guía de Enfermería en Atención Primaria" de donde se extraen las siguientes funciones (39):

- Función asistencial: es aquella que incluye acciones de promoción, prevención, cuidado y recuperación rehabilitación y educación para la salud. Donde realiza actividades propias de enfermería.
- Función formativa o docente: enseñanza pre y post-básica a enfermeras y otras profesiones sanitarias, colaborar en programas de reciclaje y formación continuada.
- Función investigadora, para conseguir una mejora de los cuidados.
- Función de administración: tareas de administración propias, registro y evaluación de actividades, colaboración con el equipo en el desarrollo de programas.

Como se observa, si se comparan las funciones de la enfermería con las del EAP, son las mismas (38). La enfermería era conocedora de cuales eran sus tareas, toma de pulso, medición de talla,... pero aquellas propias que definían el rol de la profesión, diferenciándolo de otras y evitando conflictos, no existía (3,39,40,42).

A tal respecto, expresaba Martín Zurro: *"el papel de cada uno de los miembros (del equipo) todavía no está bien definido y mucho menos el de Enfermería que no ha tenido un grado suficiente de reconocimiento como profesión"* a lo que añade *"llegar a objetivar que la aportación de la enfermería es importante es una conclusión que podremos afirmar cuando la formación del equipo multidisciplinar sea una realidad y esté definido en el seno del mismo su espacio profesional"* (38).

Pero lo que sí queda claro después de leer toda la documentación, es el papel tan importante que jugaba la enfermería en la Educación para la Salud, y que se inculcó desde el inicio de la reforma (37-42), el Ministerio de Sanidad y Consumo la definió así:

"es la parte inherente a todas las acciones de salud y como tal, tiene como propósito la adquisición de conocimientos, la modificación de hábitos y actitudes negativas de la población con respecto a la salud, y el desarrollo de hábitos y actitudes favorables, promoviéndola participación permanente, consciente y responsable de la población en la solución de sus problemas de salud, individuales, familiares y colectivos, el conocimiento de sus derechos y la participación en las actividades integrales de salud del centro" (39).

La enfermera era el profesional elegido para desempeñar labores de Educación para la Salud porque sería el miembro del equipo más cercano para el individuo y la familia, conocedora de sus necesidades y de fácil acceso, lo que ayudaría a que sus mensajes fuesen escuchados, aceptados y seguidos (37).

Desde luego que la nueva ocupación de las enfermeras en el seguimiento de pacientes crónicos era un ámbito ideal para iniciar la educación para la salud. Esta actividad, nula en años anteriores, era muy importante para el control de las nuevas enfermedades de los años 80, enfermedades de carácter crónico donde era necesaria una modificación de hábitos de vida. De esta manera el usuario recibiría una atención más eficaz y le permitiría tener una mayor calidad de vida (24). Para llevar a cabo este seguimiento era imprescindible la historia del paciente y los registros en ella (Anexo B).

Si hubiera que destacar otra ocupación clave en la enfermera de Atención Primaria sería la visita domiciliaria (42). Este elemento también fue una novedad del nuevo sistema pues la enfermera estaba acostumbrada a realizar el aviso a domicilio que era sin programar, a demanda del paciente o indicado por el médico, y destinado a la realización de alguna técnica (40).

La visita domiciliaria se consideraba clave para una atención integral del individuo y su familia pues la casa es un factor importante en la salud (39). Se trataba de un servicio más allá que asistencial, se orientaba al fomento del autocuidado y a potenciar la capacidad de individuo y familia en los problemas de salud. La implicación directa del grupo familiar conseguiría que el grado de cumplimiento del plan fuese mayor (38,40).

En cuanto al trabajo comunitario, término novedoso en el sistema sanitario, básico en la promoción de la salud y la prevención en la enfermedad, y que entendemos como aquella educación sanitaria que se imparte fuera de los locales del sistema sanitario. No obstante, existe poca referencia a ello tanto en el Manual de Martín Zurro (38) como en la Guía de Enfermería de Atención Primaria que editó el Ministerio (39).

3.2.3. CAMBIOS QUE SUPUSO PARA LA PROFESIÓN

Uno de los objetivos de este estudio era poder diferenciar los principales cambios que supuso en la profesión la creación de las consultas de enfermería con la llegada de la Atención Primaria a mediados de los años 80. Para ello, se desarrolla el siguiente cuadro con los aspectos considerados clave (Tabla 2):

	Antes de la reforma	Enfermera de Atención Primaria
Concepción de salud	Biomédica	Bio-psico-social
Receptor de la atención	Individuo	Individuo, familia y comunidad
Lugar de atención	Consulta del médico Domicilio	Consulta de enfermería Domicilio Comunidad
Atención a domicilio	A demanda	A demanda y programada
Función	Asistencial	Asistencial, docente, investigadora, Administradora
Objetivo de la atención	Curación	Curación, prevención y promoción
Actividades	Delegadas del médico	Propias (cuidados, educación sanitaria) y delegadas
Formación	Pregrado	Pregrado, postgrado, continuada

Tabla 2: Diferencias provocadas por la reforma de Atención Primaria. Elaboración propia.

CONCLUSIONES

La evolución de la enfermería española ha ido muy ligada a la historia del país. La ideología de cada periodo, la situación económica y social así como la concepción de salud se consideran aspectos fundamentales que marcan las necesidades sanitarias de una sociedad. El planteamiento que el Gobierno tuvo sobre esta cuestión marcó enormemente la evolución de la profesión.

Así, periodos como la II República, el periodo de industrialización del país o la llegada de la Democracia coincidieron con mejoras en formación enfermera o el reconocimiento de su labor, abrieron las puertas a nuevos objetivos y actividades en las que ya no tendría un papel secundario ante ningún compañero.

Otros periodos más oscuros en la evolución se presentaron en los años de la Guerra Civil y la Postguerra, inmersa en el Régimen Dictatorial de Franco. Fueron años en que a, todos los niveles, España sufrió un retroceso y estancamiento respecto al resto de países europeos. No iba a ser menos la enfermería, pues todos los avances trabajados en la II República se quedaron varados y surgieron enfermeras tituladas en reconocimiento a su labor en la contienda. En este tiempo se mantuvieron diferencias laborales por cuestión de sexo, aunque, sí es cierto que surgió en este periodo la Titulación de ATS, éste se consideró un cambio más teórico que práctico.

La llegada de la Atención Primaria a España sirvió de revulsivo y reconocimiento al potencial de la enfermería. El hecho, además, de que la OMS la reconociese como el motor del nuevo modelo, hizo que se le atribuyesen muchas labores básicas para su correcto funcionamiento: educación sanitaria, la visita domiciliaria o el seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas.

Es cierto que, pasados años desde la implantación de la Atención Primaria, la enfermería continúa sin tener o ejercer un rol propio que marque las diferencias dentro del equipo en que trabaja, aunque eso podría ser inherente a un buen trabajo de colaboración entre profesionales donde el individuo sea tratado como un todo, no como segmentos de intervención.

En el momento en que se termina el periodo estudiado en este trabajo, aún quedan años de Atención Primaria por analizar, indispensables para seguir conociendo hacia dónde debe evolucionar la enfermería y por dónde no se debe retroceder.

Este trabajo ha servido para poder reconocer que la enfermería no tiene un techo y queda mucho que hacer: desarrollar y aplicar la metodología enfermera y el trabajo comunitario, disfrutar de las ventajas de trabajar en equipo, ilusionarse con la profesión.... todo esto está en nuestras manos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Proyecto AP-21. Marco Estratégico para la mejora de la atención primaria de salud 2007-12. Ministerio de Sanidad y Consumo 2006.
- (2) Bayle MS. La contrarreforma sanitaria. Papeles de relaciones ecosociales y cambio global 2013(123):63-72.
- (3) Martínez Riera J, del Pino Casado R. Enfermería en Atención Primaria. 1ª edición. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2006.
- (4) Ortún V, Callejón M. Crisis en España: ¿cómo renovar los servicios sanitarios? La reforma de la Atención Primaria desde la consulta. Madrid: Springer Healthcare Ibérica; 2012. p. 157-173.
- (5) Casajuana J. La renovación de la Atención Primaria desde la consulta. La renovación de la Atención Primaria desde la consulta. Madrid: Springer Healthcare Ibérica; 2012. p. 7-29.
- (6) Meneu R, Peiró S. La renovación de la Atención Primaria. Vistas desde la platea. La renovación de la Atención Primaria desde la consulta. Madrid: Springer Healthcare Ibérica; 2012. p. 175-194.
- (7) Infante Campos A, Cavalcanti Aguiar A. ¿Es necesaria una segunda reforma de la atención primaria en España? Cien Saude Colet 2013;18(1):17-23.
- (8) Ventosa Esquinaldo F. Historia de la Enfermería española. Madrid: Ciencia 3; 1984.
- (9) González JS. Historia de la enfermería comunitaria en España. Un enfoque social, político, científico e ideológico de la evolución de los cuidados comunitarios. Index de Enfermería [Index Enferm] 1999;24(25):25-31.
- (10) Hernández Martín F, de la Peña Tejeiro E, Nogales Espert A, Claret García Martínez AM, García Martínez MJ, Valle Racero JI, et al. Historia de la Enfermería en España: desde la Antigüedad hasta nuestros días. Madrid: Síntesis; 1996.
- (11) Martínez Bruque F, Pérez Luna M. Historia de la Enfermería en Badajoz. 1ª ed. Cáceres: Servicio de Editores de la UEX; 2005.
- (12) Domínguez Alcón C. Los cuidados de la profesión enfermera en España. Madrid: Ediciones Pirámide S.A.; 1986.
- (13) Matesanz Santiago, MA. Pasado, presente y futuro de la Enfermería: una aptitud constante. Revista de administración sanitaria siglo XXI 2009;7(2):243-260.
- (14) Rodríguez de la Vega C. Evolución de la enfermería española en el tránsito de Ayudante Técnico Sanitario a la Diplomatura universitaria [monografía en internet]. Santander: Universidad de Cantabria; 2012 [acceso 28 de marzo de 2014] Disponible en:
<https://vpnuc.unican.es/xmlui/handle/10902/DanInfo=bucserver01.unican.es+912>.
- (15) Gómez Robles J, Domingo Pozo M. Historia de la Salud pública en España. Cultura de los cuidados: Revista de enfermería y humanidades 1999;5:20-28.
- (16) Marset Campos P, Sáez Gómez JM, Martínez Navarro F. La Salud Pública durante el franquismo. 1995.

- (17) Antón Nardiz MV. Enfermería y Atención Primaria de Salud. De enfermeras de médicos a enfermeras de la comunidad. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 1989.
- (18) López Montesinos MJ. Revisión cronológica de la enseñanza de enfermería en España. *Enfermería Global* 2004;3(2).
- (19) Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación. Oficina de las Naciones Unidas y los OOH con sede en Ginebra. Disponible en: <http://www.exteriores.gob.es/RepresentacionesPermanentes/OficinadelasNacionesUnidas/es/quees2/Paginas/Organismos%20Especializados/OMS.aspx>.
- (20) Blasco Ordóñez, MC. Cuidados y cuidadores en la historia de Córdoba. Evolución de la enfermería. Córdoba: Excma. Diputación Provincial de Córdoba; 1990.
- (21) Decreto 2319/1960, de 17 de noviembre, sobre el ejercicio profesional de Ayudantes técnicos sanitarios, Practicantes, Matronas y Enfermeras. *Boletín Oficial del Estado*, nº 302, (17 de diciembre de 1960).
- (22) Estatuto del Personal Auxiliar Sanitario Titulado y Auxiliar de Clínica. Orden de 26 de abril de 1973. *Boletín Oficial del Estado*, nº 102, (28 de abril de 1973).
- (23) Seguridad Social [sede web]. Madrid: Gobierno de España; 2012 [1 de mayo de 2014], Normativa. Disponible en: http://www.seg-social.es/Internet_1/Normativa/097312.
- (24) Jiménez Otero MO. Consulta de enfermería en consultorios y ambulatorios. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud, Junta de Andalucía; 1986.
- (25) Giménez Muñoz MC. La transición hacia la reforma sanitaria: la Ley General de Sanidad (1986). *Historia de la época socialista: España, 1982-1996*; 2011.
- (26) Atención Primaria de Salud, Alma-Ata 1978. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria. 4ª ed. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1978.
- (27) Constitución Española. *Boletín Oficial del Estado*, nº 311.1, (29 de diciembre de 1978).
- (28) 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. *Boletín Oficial del Estado*, nº 200, (22 de agosto de 1977).
- (29) García MM. La Atención Primaria, antes y después de la Ley General de Sanidad. Treinta años del Sistema Sanitario Español (1981-2011) 2011:183.
- (30) Giménez Maroto AM. La enfermería y la práctica avanzada: su desarrollo en España. Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid; 2013.
- (31) Real Decreto 2392/1982, de 3 de septiembre, sobre creación de Unidades Pilotos de Medicina de Familia. *Boletín Oficial del Estado*, nº 230, (25 de septiembre de 1982).
- (32) Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre Estructuras Básicas de Salud. *Boletín Oficial de Estado*, nº 27, (1 de febrero de 1984).

(33) Orden del 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. Boletín oficial del Estado, nº 146, (19 de junio de 1984).

(34) Orden de 26 de diciembre de 1986 por la que se introduce la categoría profesional de Auxiliar de Enfermería en sustitución de la de Auxiliar de Clínica en el correspondiente Estatuto de Personal de la Seguridad Social y se modifican los baremos para la provisión de vacantes de esta categoría. Boletín Oficial del Estado, nº10, (12 de enero de 1987).

(35) Ley General de Sanidad, Ley 14/1986, de 25 de abril. Boletín Oficial del Estado, nº 102, (29 de abril de 1986).

(36) Caviades López V. El rol profesional, cambios más significativos entre el ATS y el Diplomado en Enfermería: revisión bibliográfica. [monografía en Internet]. Santander: Universidad de Cantabria; 2012. [acceso 28 de marzo de 2014] Disponible en: <https://vpnuc.unican.es/xmlui/handle/10902/,DanaInfo=repositorio.unican.es+862> .

(37) González Trompeta A, de Oro Prol A, Romera Rufián P, García Salinero J, Rubio Montejano M, Peña Villa R, et al. Fundamentos de Enfermería en Atención Primaria. Madrid: Síntesis; 1994.

(38) Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Manual de atención primaria: organización y pautas de actuación en la consulta. Barcelona: Doyma; 1986.

(39) Naharro Calderón A, Almazán Gonzáles S, Antón Nardiz MV, Rubio Montejano M. Guía de Enfermería de Atención Primaria de Salud. 1ª ed. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1984.

(40) Frías Osuna A. Enfermería comunitaria. Barcelona: Masson; 2000.

(41) Papel de enfermería de Atención Primaria. Plan de Mejora de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid 2006-2009. Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad; 2009 .

(42) Sancho Viudes S, Vidal Thomàs C, Cañellas Pons R, Caldés Pinilla MJ, Corcoll Reixach J, Ramos Montserrat M. Análisis de situación y propuestas de mejora en enfermería de atención primaria de Mallorca: un estudio con grupos focales. Revista Española de Salud Pública 2002;76(5):531-543.

ANEXOS

ANEXO A: Funciones para el ejercicio profesional según la legislación 26 de noviembre de 1945.

Practicantes	Enfermeras	Matronas
Realizar operaciones de cirugía menor.	Asistencia de carácter familiar, aseo, alimentación, recogida de datos clínicos.	Asistir a partos y sobrepartos.
Ayudar en grandes operaciones realizadas por el médico.	Administrar medicación.	Ejercer como auxiliares del médico en la asistencia a embarazadas bajo sus indicaciones.
Curar operados.	Las mismas funciones en instituciones abiertas que en domicilio.	
Aplicar medicinas y tratamientos bajo orden médica.	Asistir a operaciones quirúrgicas, intervenciones y curas ayudando a los médicos.	
Aplicar inyecciones.		
Asistir a partos normales.		
Vacunación preventiva.		
Pedicuro o cirujano callista y masajista.		

Fuente: Los cuidados de la profesión enfermera en España.

Anexo B: Documentación para el seguimiento de pacientes.

1º Apellido: _____		Nombre: _____		CLAVE HISTORIA INDIVIDUAL	
2º Apellido: _____		A. C. V. A. ☐		A. C. V. A. ☐	
HISTORIA FAMILIAR CON ANTECEDENTES DE (familiar en primer grado)		DIABETES ☐ HTA ☐		CARDIOP. ISQ. ☐	
DIABETES: Fecha: _____		HIPERTENSION: Fecha: _____		VASCULAR CEREBRAL: Fecha: _____	
Diagnosticado (edad): _____ años Causa del diagnóst.: ☐ captación ☐ casual ☐ síntomas ☐ casual Tratamiento que lleva: _____		Diagnosticado (edad): _____ años Diagnóstico/a: _____ Tratamiento que lleva: _____		Diagnosticado (edad): _____ años Diagnóstico: _____ Tratamiento que lleva: _____	
Resultado y efectos 2.º: _____		Resultado y efectos 2.º: _____		Resultado y efectos 2.º: _____	
Valoración del estado del paciente tras la estabilización del cuadro clínico/Resumen de hojas de seguimiento del año anterior.		Valoración del estado del paciente tras la estabilización del cuadro clínico/Resumen de hojas de seguimiento del año anterior.		Valoración de la situación actual del paciente/Resumen de hojas de seguimiento del año anterior.	
TIPO DE DIABETES: _____		TIPO DE HTA: _____		Periodicidad de las visitas: _____	
Periodicidad de las visitas según protocolo: _____		Periodicidad de las visitas según protocolo: _____		Periodicidad de las visitas: _____	
(ANVERSO)					

Fuente: Guía de Enfermería en Atención Primaria de Salud, Ministerio de Sanidad y Consumo.

(REVERSO)

Talla: cms.	Fecha con- sulta:	Fecha próxi- ma cita:	Fecha con- sulta:	Fecha próxi- ma cita:	Fecha con- sulta:	Fecha próxi- ma cita:	Fecha con- sulta:	Fecha próxi- ma cita:	Fecha con- sulta:	Fecha próxi- ma cita:
PESO / T. A.										
Tabaco cig./día										
Colesterol mg %										
Pulsos periféricos										
Análit. sangre result. anormal										
E. C. G.										
Visión/Fondo de ojo										
Dínea (grado) Edemas Hepatomega- lia										
Dolor precor- dial (tipo)										
Ausc. Cardio- pulmonar										
Rayos X Tórax										
Otros signos y síntomas										
Poliuria Polidipsia Poliuria Poliuria										
Glucemia. Creatinina en sangre										
Orina y sedi- mento.										
Expl. neur. Fuerza, sensi- bil. org. senti- bilidad										
Cambios trala- miento: cumpli- miento de tratamiento.										

Fuente: Guía de Enfermería de Atención Primaria de Salud, Ministerio de Sanidad y Consumo.