



**Memoria justificativa de la especialidad en**

**Enfermería de Salud Comunitaria**

**Versión 1. - Octubre 2001**



**Documento elaborado por la**



**ASOCIACIÓN DE  
ENFERMERÍA COMUNITARIA**

**Para la**



**FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE ENFERMERÍA COMUNITARIA Y ATENCIÓN PRIMARIA  
FAECAP**

**Han participado en la elaboración de este documento:**

- Adolfo Guirao
- Gonzalo Duarte
- Jorge Mínguez
- Antonio Galindo
- Antonio Frias
- Lucia Mazarrasa
- Manuel Mañá

Este documento es una primera versión abierta a la participación de las enfermeras comunitarias que lo deseen. Si se desea realizar aportaciones a este documento puede hacerlo utilizando el formulario que se encuentra al final del mismo.



## Indice

1. Introducción.	5
2. Necesidades de salud de la población que justifican la especialidad de enfermería comunitaria.	8
2.1 Condicionantes demográficos y epidemiológicos	8
2.2 Tendencias del sistema sanitario	15
3. El papel enfermero dentro del sistema sanitario	18
3.1 El estado de la situación	18
3.2 El nuevo papel	23
3.3 Cambios y evolución de la práctica	27
4. Propuesta de Especialidad	29
4.1 Contenidos formativos	29
5. Notas sobre el proceso de implementación	33
Bibliografía	34





## 1.Introducción.

La nueva estrategia de *Salud para Todos* definida en el documento de la OMS Salud 21, pone un acento especial en una salud democrática, responsable socialmente y sostenible. En el objetivo 15 dice: “En muchos Estados Miembros se requiere la existencia de un Sector Sanitario más integrado, que ponga énfasis en la Atención Primaria. En el núcleo de este sistema debe estar una *enfermera de salud familiar bien formada* que proporcione un amplio asesoramiento en materia de hábitos de vida, asistencia familiar y servicios de atención domiciliaria en un número limitado de familias. Igualmente deberá interactuar con las estructuras de la comunidad local con relación a los problemas sanitarios”.

La enfermera de familia que propone la OMS es la Especialista en Salud Comunitaria que “ha de contar con conocimientos profundos sobre la complejidad, tanto de las personas, familias y grupos como de las interacciones que se producen entre ellos. Así mismo, ha de conocer la comunidad en la que ofrece servicios, los recursos disponibles, las diferentes maneras de interactuar entre sus miembros, etc. La enfermera de familia necesita también estar preparada para intervenir en órganos de salud pública, ya que ella puede identificar elementos en el barrio o en la comunidad que influyen de manera positiva o negativa en la salud de la familia y las personas que la componen. Deberá ser una activa participante de la comunidad en lo que se refiere a programas de salud, incluyendo colegios locales, organizaciones no gubernamentales, grupos de la comunidad, culturales, sociales, religiosos, etc. elaborando una acción comunitaria como un elemento esencial de la atención Primaria de Salud”.

En 1976, la Organización Panamericana de Salud da la siguiente definición de Enfermería de Salud Comunitaria<sup>45</sup>:

*“La enfermería comunitaria tiene como sujeto a la comunidad global y sus acciones están dirigidas a la población como un todo. En su ejercicio integra los conceptos y métodos de las ciencias de la salud pública con los de enfermería para promover, proteger, prevenir, mantener y restaurar la salud de la comunidad. Utiliza el método epidemiológico en sus actividades con la comunidad a fin de contribuir en la identificación de las necesidades de salud y para vigilar su tendencia en las poblaciones. Identifica, por medio del diagnóstico, grupos y conjuntos de grupos de individuos que están expuestos a los mismos factores de riesgo y comparten las mismas necesidades de salud. Determina las necesidades existentes y previstas en la planificación de servicios y evalúa su eficacia. Así mismo, planifica y ejecuta acciones de prevención en sus tres niveles, incluyendo la atención primaria directa, y moviliza recursos individuales y colectivos de la colectividad para ayudar a ésta a alcanzar mejores niveles de salud. Busca conseguir la participación de la comunidad en la ejecución de programas*



*relacionados con la salud y el bienestar de la población. Por último, evalúa el impacto de sus acciones sobre el sujeto de atención.”*

En el contexto actual de debate sobre la reforma de la Atención Primaria, el papel que debe jugar la enfermera es una cuestión clave a resolver. La necesidad de un cambio cualitativo se debe a que el rol de la enfermera de Atención Primaria en nuestro contexto sólo está definido de forma genérica. Una mayor definición y desarrollo en la línea que muestran las evidencias disponibles podría mejorar la eficiencia de estos profesionales ( y por ello la del sistema). La insuficiente definición actual del papel de la enfermera en atención primaria queda patente ante la inexistencia de protocolos clínicos específicos e indicadores derivados de ellos que permitan planificar, gestionar y evaluar de forma adecuada a estos profesionales. Por ello el desarrollo de la especialidad en Salud Comunitaria debe jugar un papel fundamental en los próximos años.

Un sistema sanitario cuya base es la atención primaria basa su eficiencia en que cada paciente debe ser atendido en el nivel asistencial que requiera su problema. Por ejemplo, las apendicitis no deben ser atendidas en Atención Primaria ni las amigdalitis en Atención Especializada. Los fundamentos socioeconómicos de la atención primaria son: la continuidad y longitudinalidad de la atención, y el papel de filtro / derivación hacia la atención especializada. Esto es lo que convierte a la Atención Primaria en puerta de entrada al Sistema de Salud.

**En particular la misión de la enfermera de atención primaria es resolver problemas relacionados con la salud de los usuarios. Estos problemas se entienden como necesidades de cuidados. Dichos problemas son especialmente importantes en determinados grupos de población, como los niños, adolescentes, personas con enfermedades crónicas, y personas mayores. Para estos grupos concretos, la aplicación de protocolos y guías de práctica clínica por enfermeras de atención primaria con el objetivo de mejorar la salud, minimizar las complicaciones y resolver problemas específicos puede redundar en mejores resultados clínicos, ganancias de calidad de vida, mejoras en la satisfacción de los usuarios y aumento de la eficiencia del sistema sanitario.**

Si aplicamos los criterios generales de funcionamiento del Sistema Sanitario y los particulares de la enfermera al trabajo que desempeñan, es razonable pensar que si la enfermera de atención primaria fuera la puerta de entrada y distribución para determinados grupos de población (pensemos en especial en pacientes crónicos y personas mayores) se mejoraría la eficiencia del sistema. Las necesidades en materia de salud de estos grupos no son tanto de



curación como de cuidado de la salud. Es decir, estos pacientes necesitan que se les enseñe a manejar su problema, se les realicen técnicas diagnósticas y terapéuticas poco complejas y se tomen medidas para evitar las complicaciones derivadas de su enfermedad. Por ello el "nivel" de atención sanitaria que necesitan se ajusta al perfil de oferta de la enfermera de atención primaria. Por ejemplo, si con los pacientes incluidos en los programas de atención a crónicos - los más conocidos diabetes e hipertensión- las enfermeras asumieran una responsabilidad mayor en la revisión del estado de salud y derivación hacia los médicos de familia ante una complicación o un problema agudo, los pacientes obtendrían al menos los mismos resultados en salud, y los médicos de familia obtendrían una disminución en la presión asistencial que soportan, aumentando de esta forma los niveles de eficiencia del Sistema Sanitario.

Las reformas organizativas de la Atención Primaria en países como el Reino Unido y Suecia van en la línea apuntada antes. Las enfermeras de atención primaria asumen mayor responsabilidad ante determinados problemas y grupos de población. En la literatura este papel se recoge como gestión de cuidados o gestión clínica en enfermería. *Gestionar los cuidados* significa recoger información específica sobre las necesidades de los usuarios, identificar los problemas, diseñar un plan de intervención específico y coordinar las intervenciones con los distintos profesionales del equipo, familiares implicados, otros niveles asistenciales y otros sectores implicados.

En España, el 5% de los usuarios consume el 52% del total del gasto sanitario en un año, y también tan sólo el 1% de la población consume el 26%, y el 50% que menos consume representa el 3% del gasto anual. La concentración del gasto debería corresponderse con un mayor esfuerzo gestor en el 5% de usuarios que representa más de la mitad del gasto sanitario. Ese mayor esfuerzo gestor requiere de una APS que proporcione atención integrada.

Hay que preguntar ¿cómo puede la enfermera influir de manera positiva en este proceso de mejorar la eficiencia en la atención a este grupo de población? **Una enfermera de Atención Primaria especialista en Salud Comunitaria puede aumentar la longitudinalidad de la atención al valorar al individuo y la familia desde la perspectiva de la necesidad de cuidados. Además puede jugar un buen papel de filtro - ajustando las derivaciones a especialistas y pruebas complementarias protocolizadas en los programas de crónicos, por ejemplo, el grupo que genera más gasto al sistema -. Puede asegurar la visión global del paciente - pensemos en los tiempos de consulta mayores en la consulta de enfermería que en la médica y en la alta presión asistencial médica -. Y además puede ser la bisagra entre servicios sanitarios y sociales.** Para conseguir todo estos es necesario contar con enfermeras especialistas adecuadamente formadas (conocimientos, habilidades y



actitudes) y que consigan que la población les reconozca como parte del primer contacto con el sistema sanitario.

## **2. Necesidades de salud de la población que justifican la especialidad de enfermería comunitaria.**

El siglo XXI representa un tiempo caracterizado por un nuevo patrón de salud que se caracteriza esencialmente por ofrecer posibilidades de mayores expectativas de vida, la sustitución del dominio de las enfermedades agudas por las crónicas, la aparición de enfermedades ligadas al desarrollo; nuevos fenómenos como la inmigración, el aumento de las desigualdades sociales y la violencia; el progresivo envejecimiento de la población; el aumento de las personas dependientes; todo ello en un contexto de vulnerabilidad del medio ambiente.

### **2.1 Condicionantes Demográficos y epidemiológicos.**

El descenso de la natalidad se corresponde con una disminución de la fecundidad; de manera que España presenta una de las tasas de fecundidad más bajas de los países de la OCDE y de UE. El índice de hijos por mujer pasó de 2,79 en 1975 a 1,39 en 1989. A su vez el descenso de la mortalidad infantil que en 1970 era de 28,1 por mil nacidos vivos descendió hasta cifras del 7,6 en 1990. Siendo en estos momentos de 5,5 niños muertos de menos de un año por 1000 recién nacidos.

El fenómeno del envejecimiento, nos dicen que la mortalidad general que en 1970 presentaban unas cifras del 8,2 por mil, ofrecía unos datos del 8,6 en 1990. Por su parte la esperanza de vida al nacer había experimentado una ganancia superior a 7 años para el mismo periodo temporal pasando de 72,32 años a 79,94 años. En la actualidad la esperanza de vida se sitúa en 81,8 para las mujeres y 74,5 para los hombres.

El incremento de la longevidad, resultado de la disminución de la mortalidad general, y, particularmente, de la mortalidad infantil, junto con el citado descenso de la natalidad, determinan el progresivo envejecimiento de la pirámide de población. Esta situación de cambio tiene la particularidad de mostrarse como una realidad estructural, por su efecto global, y produce de manera directa el envejecimiento de la población al incrementarse el número de personas que sobrepasan los 65 años. Las estimaciones realizadas a este respecto nos hablan de unas cifras que pasan del 12,12% en 1986, al 26,65 para el año 2036.



### 2.1.1 Cambios y repercusiones sociosanitarias.

**“...el proceso de enfermar pasará a estar dominado por un conflicto ecológico, de tipo natural y comunitario, cuya expresión es la enfermedad transmisible, a estar dominado el conflicto social generado por las relaciones de dominio que se producen en las formaciones sociales. Las enfermedades mentales, las laborales y el envejecimiento prematuro serán su expresión”**

Lo expresado como un futuro se ha convertido, en el tiempo presente, en una situación que en la que el modelo epidemiológico, en nuestro país, ha transitado hasta una realidad dominada por nuevas formas de nacer, vivir, envejecer, enfermar y morir. El nuevo modelo epidemiológico se caracteriza esencialmente, entre otras cosas, por ofrecer posibilidades de mayores expectativas de vida, la sustitución del dominio de las enfermedades agudas por las crónicas, la aparición de enfermedades ligadas al desarrollo, el progresivo envejecimiento de la población y el aumento de las personas dependientes.

La situación de incremento proporcional de la población anciana está acompañada de un alargamiento general de la vida dando cumplida satisfacción al principio de “añadir años a la vida”. Un alargamiento cuyas bases se han sustentado, especialmente en las primeras décadas del siglo XX, a expensas fundamentalmente de la reducción de la mortalidad infantil y temprana y la intervención sociosanitaria en el control de las enfermedades crónicas.

El cumplimiento del proyecto de añadir años a la vida, cuyo logro es más que evidente, se explica en términos biológicos, pero, y sobre todo, en los estilos de vida consecuencia de los cambios sociales, laborales y culturales además de la innegable influencia de la atención sanitaria. Pero este logro debería acompañarse del cumplimiento del principio de añadir “vida a los años” sino se quiere que el vacío dejado por la muerte sea ocupado por la enfermedad- especialmente la crónica e invalidante- y la discapacidad. Su medición se hace a través de datos de morbilidad, discapacidad y defunción.

Así, si comprobamos los datos referidos a población dependiente española se comprueba que la estimación es de 1.116. 643, de los que 375.336 serían gravemente afectados desde 15 años en adelante, 494.545 dependientes graves mayores de 65 años y 296.762 dependiente considerables también mayores de 65 años. A lo que habría que añadir que solo el 24.5 por ciento tienen protección social en dinero servicios. Un total de 880. 672 personas precisarían de algún tipo de protección social: 177.541 gravemente afectados, 439.639 dependientes graves y 263.818 dependientes considerables.



La morbilidad percibida es una información subjetiva, obtenida de la Encuesta Nacional de Salud, cuya información nos aproxima a la patología percibida por la población y sus causas. En este sentido podemos observar como la percepción de padecer una enfermedad crónica aumenta con la edad, mostrando valores muy similares, si bien relativamente altos hasta los 45 años, edad en la que experimenta un importante crecimiento, especialmente elevado para los mayores de 65 años. En ella se identifican, como principales problemas de salud, las patologías relacionadas con las vías respiratorias superiores y las alergias en los menores de 15 años. Para los mayores de 15 años el reumatismo el dolor de cabeza, los problemas odontológicos los problemas psíquicos y la hipertensión. En los grupos de más de 65 años, la bronquitis crónica en los hombres, y las varices.

Los datos aportados con especial referencia a su incidencia sobre el envejecimiento de la población, el aumento de la dependencia sociosanitaria, el mayor protagonismo de la cronicidad, las mayores expectativas de vida en la población, etc., sirven de argumento inicial para justificar nuevos cambios en el Sistema de Salud, especialmente en aquello que tiene que ver con los recursos humanos y singularmente en lo que afecta a un sector estratégico tan determinante como la enfermería.

### **2.1.2 Proyección futura del patrón epidemiológico.**

La proyección futura del patrón epidemiológico español se caracterizará por:

#### **2.1.2.1.- Estabilidad y continuidad de los siguientes soportes sociales:**

1. *Estructura urbana*
2. *Consumismo*
3. *Industrialización alimentaria*
4. *Hábitos nocivos*
5. *Sinestabilidad laboral*
6. *Conductas insalubres*
7. *Desestructuración familiar*
8. *Limitación de en los recursos sociosanitarios*
9. *Desigualdades sanitarias.*

Soportes sociales, cuya existencia o limitaciones seguirán favoreciendo patologías como el cáncer, los accidentes, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades mentales, etc.



### **2.1.2.2.- Mantenimiento de elementos contradictorios en la sociedad.**

Generan riesgos en respuestas individualistas, como el alcoholismo, la drogadicción, la violencia, etc., que afectarán a las personas de aquellos colectivos con menor capacidad de asimilación de los conflictos (jóvenes, mujeres, marginados sociales, etc.).

### **2.1.2.3.- Limitaciones en la intervención social y sanitaria.**

Los riesgos para la salud en el futuro pueden aumentar como consecuencia de la ausencia o limitaciones en las intervenciones sociales tradicionales (pensiones, seguros sociales y sanitarios, etc.), el empequeñecimiento de estructuras sociosanitarias más cercanas a los ciudadanos y por el sobredimensionamiento del individualismo y el exceso de mercado.

## **2.1.3 Puntos débiles para el Sistema de Salud**

### **2.1.3.1.- Envejecimiento de la población.**

Este hecho incuestionable, señalado con anterioridad, se proyectará con enorme capacidad de influencia sobre el futuro del Sistema de salud generando nuevas exigencias de enorme coste social y sanitario.

Una población envejecida demanda mayores niveles de atención con más altos costes y de forma sostenida durante más tiempo. Se acumulan las patologías y discapacidades y las altas tasas de prevalencias, lo que significarán demandas medias superiores al 50% en el coste respecto a las de la población general.

### **2.1.3.2.- Cronificación de problemas**

La nueva era sanitaria ha transitado desde el dominio y protagonismo de las patologías agudas a la necesaria convivencia con la cronicidad lo que se está traduciendo en la exigencia de cambios muy notables que exigen, y lo harán con mayor intensidad en el futuro, nuevas y más costosas estrategias de intervención.

### **2.1.3.3.- Ausencia de un modelo protector de la dependencia**



La problemática social de la dependencia forma parte de la dinámica y consecuencias del proceso de envejecimiento que afecta a la mayoría de los países de la UE. Es verdad que no se pueden identificar vejez y dependencia dado que esta recorre toda la estructura de edades. Lo que no niega el impacto especial que representan las demandas relacionadas con las dependencias en las personas con mayor edad y especialmente en edades superiores a los 80 años.

Pero, también, las enfermedades congénitas, los accidentes laborales y las nuevas discapacidades que genera una sociedad motorizada (cerebrovasculares y neurológicos), las nuevas enfermedades (sida) manipulación y venta de productos fraudulentos y venenosos (síndrome tóxico) o los conflictos políticos (terrorismo) constituyen nuevas formas de discapacidad y dependencia

Del protagonismo del hospital (hospitalocentrismo) y del modelo médico reparador (modelo médico dominante) se está cambiando hacia un modelo más abierto con mayor protagonismo de los usuarios en la gestión de su salud.

La comunidad exige nuevos comportamientos en quienes padecen los problemas pero exigen también actitudes distintas a los profesionales. Frente a la importancia del diagnóstico y del tratamiento inmediato cobra importancia la prevención, la promoción, el pacto entre profesionales y usuarios, la negociación y el recurso de ayudas de profesiones que ven revalorizado su papel, como la enfermería.

El futuro del patrón epidemiológico, caracterizado por nuevos riesgos, tal como queda indicado con anterioridad y sujeto a determinantes como el envejecimiento, la cronicidad, la discapacidad, etc. van a exigir en el futuro, están exigiendo ya, cambios en el sistema de salud acomodado a la política intervencionista individual del modelo médico. Los nuevos escenarios de salud deben conjugar la necesaria universalización de la atención sociosanitaria con la necesidad de administrar de modo eficiente unos recursos limitados y que deben atender a sectores de población „pasivos% en la producción pero muy activos en la necesidades de ser protegidos.

Es verdad que en el presente se están obteniendo ganancias en el manejo de enfermedades como el cáncer, con unos niveles de curación alrededor del cincuenta por ciento, y que son previsible nuevas ganancias en la lucha contra los accidentes, donde se registra una importante reducción de la mortalidad en los últimos años y también en otros procesos agudos.



Pero si bien es verdad que esta posible disminución podría incrementar la esperanza de vida, si solo se contemplan medias de intervención tradicionales se limitará su progreso.

Será necesario introducir mayor peso de las intervenciones de control de riesgos, de medidas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad pero teniendo como referente el modelo de intervención comunitaria.

El futuro se presenta sometido a un fuerte nivel de incertidumbre que algunos denominan como situación circular. De una parte se mantendrán las demandas asistenciales individuales pero de otra se generarán nuevas y más crecientes demandas como consecuencias de la cronicidad y el envejecimiento. La tentación una vez más será la medicalización pero si esta es la respuesta la contradicción está servida y se producirá un retroceso en los escasos avances alcanzados en materia de participación.

#### **2.1.4 La enfermería y el cambio de paradigma**

Los nuevos tiempos requieren nuevas soluciones. La innovación en la gestión de los problemas de salud, pues, no se presenta como una moda, es más bien una necesidad inaplazable. Esta imagen resumida y móvil de la realidad sociosanitaria de nuestro país exige la toma de medidas imaginativas e inmediatas que afecta especialmente a la tipología y nuevo cometido de la atención sociosanitaria.

Es verdad que algunos de estos cambios se han iniciado en la década de los ochenta, pero o no se han concluido o lo que es más grave, se han frenado ante la sempiterna resistencia al cambio, el miedo de algunos a que se toquen sus intereses y la incapacidad o precauciones injustificadas a profundizar en el mismo.

La enfermería, que inicialmente fue la protagonista fundamental de la reforma y a la que mayores exigencias de innovación se le pidieron, pasó del entusiasmo y la vanguardia de los ochenta a la desmotivación y la desmovilización en los noventa. Una parte importante de ese viaje de ida y vuelta lo ha tenido y lo sigue teniendo, aunque no en exclusiva, la política errática e incoherente en el pasado. No es posible una práctica profesional adecuada a los niveles de exigencia que se reclamaban con la reforma si no existe una formación previa en un país donde la experiencia de enfermería comunitaria carece de tradición histórica.

Desde la experiencia de casi veinte años de reforma y sin que está se haya aún completado se hace necesario un nuevo impulso para garantizar la necesidad de un modelo comunitario de



atención. Es la hora que el nuevo paradigma de la salud sustentado sobre una visión holística y participativa reclame un mayor protagonismo en la intervención enfermera. Tanto desde el número de enfermeras comunitarias como sobre la potenciación de nuevos cometidos. Así lo han entendido y otros países donde el número de enfermeras duplica las cifras de nuestro país. Y donde el cometido enfermero ha incorporado nuevos modos y formas de atención a la comunidad.

Las enfermeras deben jugar un importante papel en un modelo de intervención sociosanitario sustentado en el valor de la salud en que el protagonismo pase, de verdad de trabajar para el individuo a trabajar el bienestar de la comunidad. Del intervencionismo ya clásico de los siglos XIX y XX del hospital se debe pasar, se está pasando a intervenciones más cercanas, pertinentes a los nuevos valores de la promoción y la prevención. Los Centros de Salud, los domicilios, las fábricas, los lugares de ocio, las instituciones, etc., se deben consolidar como ámbitos de intervención enfermera.

El nuevo paradigma de atención centrado en la potenciación de la salud requiere también un nuevo paradigma enfermero que es capaz de cuidar tanto para lograr la solución de potenciales o reales problemas de salud, como, y sobre todo, para lograr una negociación y acuerdo con quienes deben ser cuidados y cuidarse.



## **2.2. Tendencias del sistema sanitario que indican la necesidad de la enfermera especialista en salud comunitaria.**

Hemos intentado sintetizar las ideas más importantes alrededor de las grandes estrategias de reforma de los sistemas sanitarios, la planificación de los servicios y la oferta específica de la enfermera de atención primaria, su organización y su producto. En el punto siguiente se intenta mostrar cómo una especialidad en enfermería comunitaria puede influir positivamente en los problemas planteados.

### **2.2.1. Tendencias del sistema sanitario, reformas en Europa.**

El Grupo de Trabajo de la OMS sobre Reformas de la Atención Sanitaria en Europa ha generado varios documentos<sup>1</sup>. En ellos se mencionan como principales condicionantes en Europa para llevar a cabo estos procesos de reforma: el envejecimiento, la emigración, el desarrollo humano y económico, y su desigual distribución, el desempleo, la guerra y la paz. La riqueza nacional es, de lejos, el determinante más importante del gasto sanitario. Por ello<sup>1</sup> “ los costes de la atención sanitaria se han convertido en un reto político importante. “

Según la OMS las reformas sanitarias tienen como objetivo el garantizar una accesibilidad equitativa en la atención sanitaria, una financiación apropiada de unos servicios sanitarios que intervengan eficientemente en la mejora de los resultados y la elección e implicación de los ciudadanos. Dando como resultado la satisfacción, tanto de los pacientes como de los proveedores.

Una de las consideraciones más importante en la reforma de los sistemas sanitarios es el incremento de la efectividad de la atención sanitaria. Esto significa que hay que tener en cuenta los resultados a la hora de planificar los servicios. En situaciones de crisis cuando escasean los recursos esta cuestión es especialmente importante. Por otra parte, en cualquier sistema sanitario teóricamente se pueden identificar y medir muchos resultados. Por lo tanto, este enfoque sólo podrá ser práctico y útil en la valoración de la efectividad de los sistemas de atención sanitaria en la medida en que se identifiquen un número limitado de indicadores de resultados, de manera que<sup>1</sup>:

- a) se centren en temas de salud prioritarios;
- b) proporcione una visión apropiada de aquellas funciones desde las que sea más probable influir en la efectividad de la atención sanitaria; y
- c) puedan ser utilizadas para valorar y monitorizar los cambios en las políticas sanitarias.



Otra cuestión básica a tener en cuenta en la reforma de los servicios sanitarios es la necesidad de implicar a la población y garantizar su derecho a la elección. Es más fácil promover la implicación de la población y el desarrollo de los mecanismos y bases de información que lo hagan posible, si se pone el acento en los resultados objetivos del proceso de atención sanitaria.

**La experiencia internacional nos dice que los ejes estratégicos que están dando mejores resultados son dos: por un lado hacer de la atención primaria el centro del sistema sanitario, y por otro, desarrollar los sistemas integrados de salud<sup>2</sup>.**

Los sistemas integrados de salud son redes integradas de proveedores de servicios sanitarios que comparten los riesgos, y en los que la Atención Primaria hace de puerta de entrada; contratan servicios para la salud de la población, no actuaciones separadas de atención sanitaria; basan su actividad en guías de práctica clínica, protocolos y programas de cuidados; suscriben contratos a largo plazo con los proveedores de servicios y utilizan herramientas de coordinación de cuidados.

La coordinación de cuidados quiere decir que cuando existen guías, protocolos o programas de cuidados aplicables al proceso en cuestión, la coordinación de cuidados garantiza su cumplimiento, Normalmente, quienes realizan el seguimiento de los pacientes a través de toda la cadena de cuidados son profesionales de enfermería con preparación adecuada, que juzgan los incumplimientos de los planes o protocolos y tienen autoridad para intervenir si los objetivos de los planes se encuentran comprometidos. La coordinación de cuidados es particularmente importante en los pacientes de alto coste, al requerir gran consumo de recursos.

Entre las tendencias de reforma en el sector salud que incidirán en la oferta y demanda de los servicios, podemos diferenciar<sup>3</sup>:

- la separación de la financiación de la provisión de servicios: sanidad financiada públicamente pero prestaciones de servicios públicos o privados,
- búsqueda de la eficiencia y la reducción de costes: tendencia a marcar límites al acceso a los servicios sanitarios - según pago, edad... - ,
- búsqueda de la flexibilización de los costes laborales,
- búsqueda de nuevas estructuras de equipos eficientes,
- búsqueda de la optimización de los gastos, prioridad del hospital y de lo curativo,
- creación de mercados internos y externos de competitividad: autonomía de los centros y “ competencia o asistencia regulada/gestionada “ entre ellos.



En este contexto diferentes documentos tanto de la Unión Europea<sup>4-5</sup> como de la OMS<sup>6</sup> plantean que es prioritario preparar enfermeros especialistas muy cualificados para la acción comunitaria en el ámbito de la salud pública, la salud laboral, la atención domiciliaria, la atención a grupos de riesgo y la atención a los ancianos.

La nueva estrategia de *Salud para Todos* definida en el documento de la OMS Salud 21<sup>7</sup>, pone un acento especial en una salud democrática, responsable socialmente y sostenible. En el objetivo 15 dice: “En muchos Estados Miembros se requiere la existencia de un Sector Sanitario más integrado, que ponga énfasis en la Atención Primaria. En el núcleo de este sistema debe estar una *enfermera de salud familiar bien formada* que proporcione un amplio asesoramiento en materia de hábitos de vida, asistencia familiar y servicios de atención domiciliaria en un número limitado de familias. Igualmente deberá interactuar con las estructuras de la comunidad local con relación a los problemas sanitarios”.

La enfermera de familia que propone la OMS es la Especialista en Salud Comunitaria que “ha de contar con conocimientos profundos sobre la complejidad, tanto de las personas, familias y grupos como de las interacciones que se producen entre ellos. Así mismo, ha de conocer la comunidad en la que ofrece servicios, los recursos disponibles, las diferentes maneras de interactuar entre sus miembros, etc. La enfermera de familia necesita también estar preparada para intervenir en órganos de salud pública, ya que ella puede identificar elementos en el barrio o en la comunidad que influyen de manera positiva o negativa en la salud de la familia y las personas que la componen. Deberá ser una activa participante de la comunidad en lo que se refiere a programas de salud, incluyendo colegios locales, organizaciones no gubernamentales, grupos de la comunidad, culturales, sociales, religiosos, etc. elaborando una acción comunitaria como un elemento esencial de la atención Primaria de Salud”<sup>6</sup>.

En relación con todo lo anterior –o a causa de ello- nos encontramos con un debate abierto más o menos explícito sobre el papel que la enfermera de atención primaria en un futuro debe desempeñar en el sistema<sup>8</sup>.



### **3. El papel de la enfermería dentro de los servicios sanitarios.**

#### **3.1. El estado de la situación.**

Hay autores que piensan que el futuro de la enfermería de AP a medio plazo dependerá de la capacidad que tenga la sociedad, el ciudadano<sup>8</sup>, para responder a las preguntas ¿qué hace la enfermera?, ¿para qué sirve?, ¿qué resuelve?. Responder a esto es asumir el reto de clarificar nuestros servicios / productos y su repercusión en salud.

El producto sanitario podemos entenderlo como salud o como servicio, y hay propuestas para medirlo / entenderlo en términos de satisfacción<sup>9</sup>. A pesar de que hay autores que estiman que los sistemas de información existentes en nuestros centros de atención primaria están poco o mal desarrollados, hay experiencias que han permitido contar con la estimación global del producto de los centros<sup>10</sup>, aunque estas estimaciones se basen en indicadores de proceso / servicio más que de resultados de salud o satisfacción del usuario.

Podemos citar aquí a Casas y Guasch<sup>11</sup> “En cualquier sistema productivo hay que conocer en primer lugar qué se produce, cómo se produce, a qué coste y con qué calidad. Traducidos al contexto hospitalario, los elementos fundamentales para tener un buen nivel de conocimientos incluyen: los tipos de pacientes tratados, los patrones funcionales con que se atienden dichos pacientes, y los costes y la calidad de estos procesos asistenciales.” En este mismo sentido se expresan otros autores<sup>12</sup>. Tal vez lo anterior nos lo debamos plantear también para la atención primaria en general y la enfermería en particular. Alrededor de esta idea hay que tener en cuenta que “ Sólo un sistema de información con significado para el clínico tiene la posibilidad de influir en su comportamiento, que es un elemento clave para la mejora de la eficiencia “<sup>11</sup>.

El producto enfermero no es otra cosa que el conjunto de actividades cuidadoras decididas por la enfermera y ejecutadas por ella u otros miembros del personal cuidador para promover la salud, recuperar de la enfermedad o reintegrar al individuo en su medio<sup>13</sup>.

En referencia a esto podemos citar<sup>14</sup> “ La cuestión parece clara; sí la condición que da validez a una profesión es la identificación por parte de la sociedad del producto/servicio que ésta presta para satisfacer a unas determinadas necesidades de sus clientes, las enfermeras y enfermeros deberán definir el contenido del trinomio producto-oferta-demanda, lo que permitirá dar validez a la existencia de profesionales que desarrollen independientemente sus servicios frente a la sociedad que los requiera. Nadie cuestiona la necesidad de cuidados enfermeros; lo que no parece estar tan claro es la demanda que de estos cuidados puede hacernos la población a los



profesionales de enfermería, debido a la inexistencia de una oferta de servicios clara con la que se nos pueda identificar. “

Hay varios intentos publicados de acercarse al producto enfermero. Alguno desde marcos conceptuales específicos, como el sistema de autocuidados cotidianos<sup>15</sup>, y otros desde una postura teórica<sup>16</sup>, en algunos casos se ha intentado relacionar con las patologías médicas<sup>17</sup> y con las consultas - sin especificar más - en Atención Primaria<sup>18</sup>, o más específicamente las visitas domiciliarias en Atención Primaria<sup>19</sup>.

De fondo, una discusión sobre los indicadores, ¿son adecuados los que usamos en Atención Primaria para medir la eficiencia?<sup>20</sup>, ¿y las medidas organizativas?<sup>21</sup>. Los indicadores se usan como instrumento de evaluación de los equipos. Hay autores, como Martín Zurro<sup>22</sup>, que hablan de la necesidad de reorientar la evaluación de los equipos, de forma que se dirija más hacia los resultados que a los procesos y métodos, profundizando en la evaluación desde una perspectiva individual. Para ello será necesario será necesario<sup>22</sup>:

- incluir indicadores cualitativos,
- lograr un marco estratégico común aceptado por todos los implicados en el proceso evaluativo,
- adaptar los indicadores a la realidad y a las posibilidades de cada equipo o profesional,
- diferentes períodos evaluativos en función de los objetivos marcados,
- diversificar los procedimientos de evaluación,
- que la evaluación tenga consecuencias para ser creíble.

Concretando lo anterior para la enfermera “La mejora de los indicadores o cualquier propuesta que vaya en este sentido tendrá que aunar dos intereses: 1º las funciones y tareas específicas que se quieran potenciar en las enfermeras de Atención Primaria, que siempre deberán ir en función de las características y necesidades de salud de la comunidad a la que atienden; 2º la validez y fiabilidad de los indicadores, como medida de estas actividades y tareas<sup>23</sup>.”

Estas mismas autoras sugieren discriminar según el tipo de población adscrita, el tiempo de puesta en marcha del EAP ( y así diferenciar si la apertura de Historia Clínica es un actividad prioritaria o no, con tiempos de dedicación “ diferentes “ ), actividades de promoción, prevención y asistencia, registro específico de pacientes nuevos, y la visita domiciliaria programada.



### 3.1.1. La organización de la enfermería en Atención Primaria.

Tradicionalmente el personal de enfermería en los consultorios realizaba las funciones de administración de inyectables y curas, tanto en el centro como en el domicilio, y del auxiliar del médico en su consulta. Hoy día ese rol parece plenamente superado, con la puesta en marcha de lo que se dio en llamar consulta de enfermería y, posteriormente, con la potenciación de la proyección comunitaria.

Las modalidades de atención del personal de enfermería en los centros de salud son cuatro<sup>24</sup>:

- Consulta de enfermería, en la que se presta atención individualizada o familiar fundamentalmente por enfermedades crónicas y maternoinfantiles, pero también de consejo y detección temprana de enfermedades.
- Visita domiciliaria, mediante la que se proporcionan cuidados en el domicilio, englobando actividades curativas, preventivas, rehabilitadoras y de enlace con otros servicios sociales y sanitarios.
- Trabajo con la comunidad, prestando atención a grupos de población, centrada en promoción de la salud y educación sanitaria, vigilancia del medio y participación comunitaria.
- Servicios comunes, que incluyen administración de inyectables y curas, métodos diagnósticos o toma de muestras, tanto en el centro como a domicilio.

Hay tres grandes modelos organizativos de la enfermería en los centros de salud<sup>24</sup>, por actividades, por UAF, y sectorizados. La organización por actividades consiste en que una enfermera realiza las consultas de todos los pacientes del centro relativas a un programa o protocolo determinado. La principal ventaja es el conocimiento en profundidad de la actividad que se realiza, y los principales inconvenientes son el encasillamiento en un tipo de actividad con el desconocimiento del resto, y mayor dificultad para la coordinación con el médico.

Para superar las limitaciones de la organización por actividades nació la organización por cupos o por Unidades de Atención Familiar. Cada enfermera trabaja con la población de un cupo médico y está ubicada en una consulta contigua a la del médico, preferentemente intercomunicada y con el mismo horario. Las ventajas fundamentales son que favorece la coordinación entre médico y enfermera, y su eficacia en cuanto a cribado oportunístico para actividades preventivas. Sus principales inconvenientes es que se le atribuye excesiva dependencia del médico, y a veces el difícil acople horario entre ambos profesionales.



El modelo de sectorización nace con un doble requisito: atender a grupos familiares pertenecientes a un grupo geográfico determinado y disminuir la excesiva dependencia del médico que algunos sectores han achacado a la organización por UAF. Entre sus ventajas están que facilita el conocimiento de problemas familiares / sociales, menor dispersión geográfica, con lo que se rentabiliza el tiempo de la visita domiciliaria, y adaptación de las actividades con la comunidad a las características socioculturales. Las dificultades son mayor esfuerzo profesional y necesidad de actualización, difícil organización de las actividades, y dificultad en la coordinación de médicos y enfermeras.

Otros autores<sup>23</sup> lo enuncian como enfermería comunitaria o por sectores, la enfermería por familias o la enfermería por cupos. La enfermería comunitaria o por sectores genera una mayor complejidad organizativa y de coordinación con otros profesionales sanitarios. La enfermería por familias según la experiencia de las autoras es difícil de encontrar de forma pura. Generalmente tiene en cuenta los turnos de los médicos y los pediatras de referencia, de modo que nunca sea un obstáculo para el usuario. La complejidad organizativa proviene fundamentalmente de la opción que se da a todos los ciudadanos de una misma familia de elegir médico general y pediatra. En la enfermería por cupos se establece con el médico la Unidad Básica de Atención, y oferta a los ciudadanos sus servicios. Este es el modelo que cuenta actualmente con mayor arraigo y experiencia; aunque algunos detractores exponen que supone la dependencia de la enfermera del médico más que su colaboración.

### **3.1.2. Los contenidos de los servicios enfermeros.**

Muchos autores coinciden desde distintos puntos de vista, en la necesidad y la incapacidad hasta ahora de definir los contenidos concretos del trabajo de la enfermera, ( se le llame a esto producto, servicio, actividad o contenido de la consulta ). Hay distintos estudios sobre este aspecto, con resultados dispares, algunos encuentran que la enfermera se dedica de forma fundamental a actividades preventivas o relacionadas con la prevención<sup>25</sup>, otros que las actividades se centran principalmente en el control de patologías crónicas - prevención secundaria<sup>26</sup>, otros distinguen en la organización del trabajo comunitario versus programas<sup>27</sup> y otros se centran en el punto de vista del usuario<sup>28</sup>. Además de un problema de lenguaje y en algunos casos de concepto, lo que todo esto transmite es la falta de homogeneidad en el trabajo de la enfermería de A.P.

El marco legal configura un modelo de asistencia primaria basado en los criterios de accesibilidad y continuidad de los servicios y de coordinación con los demás niveles de



atención, integrando el conjunto de actividades médico-asistenciales y de salud pública dirigidas tanto al individuo como a la comunidad<sup>29</sup>.

Se establecen como áreas comunes de actuación para todos los miembros del Equipo: atención directa, salud pública y control sanitario, administración y gestión, investigación y docencia; y otras como la accesibilidad, eficacia y eficiencia, programas de actuación preferente - en casos de niños, ancianos, enfermos mentales, enfermedades crónicas e invalidantes, grupos de riesgo -, y registros.

Hay que destacar en lo que se refiere a atención directa que se dispensará en consulta y en la comunidad. En consulta en el Centro de Atención Primaria o en domicilio, de forma ordinaria o urgente, y debe estar basada en la Historia Clínica. En la comunidad mediante actividades de fomento, protección y educación sanitaria, y mediante participación de la comunidad.

Se definen como áreas específicas de actuación del personal de enfermería, los cuidados directos; la promoción, prevención, rehabilitación y reinserción social; la atención domiciliaria; y otras actividades propias dirigidas al autocuidado.

En lo referente a los cuidados directos pueden ser prestados en régimen ambulatorio, domiciliario y de urgencia - mediante protocolos establecidos o prescripción médica -, además de aplicar medios diagnósticos y terapéuticos.

La promoción, prevención, rehabilitación y reinserción social, se debe realizar en especial en los casos de problemas crónicos de salud, prevenir cuando existan factores de riesgo. Todo ello posibilitando la participación y los registros.

La atención domiciliaria debe ser personalizada, y aplicada en especial en pacientes inmovilizados, terminales y en tratamientos que requieran especial supervisión.

Las “ actividades propias dirigidas al autocuidado “ se especifican en:

- el individuo sano, y en los casos de actuación preferente - niños, ancianos, enfermos mentales, crónicos...-,
- educación sanitaria - individual y grupal -,
- salud mental,
- salud comunitaria,
- encuestas epidemiológicas e inmunizaciones,
- formación e investigación,



- administración y gestión,
- seguir el cumplimiento de objetivos,
- y todo lo que suponga promover el autocuidado.

### 3.2. El nuevo papel.

Como hemos visto, en el contexto actual de debate sobre la reforma de la Atención Primaria, el papel que debe jugar la enfermera es una cuestión clave a resolver. La necesidad de un cambio cualitativo se debe a que el rol de la enfermera de Atención Primaria en nuestro contexto sólo está definido de forma genérica. Una mayor definición y desarrollo en la línea que muestran las evidencias disponibles podría mejorar la eficiencia de estos profesionales<sup>30</sup> ( y por ello la del sistema). La insuficiente definición actual del papel de la enfermera en atención primaria queda patente ante la inexistencia de protocolos clínicos específicos e indicadores derivados de ellos que permitan planificar, gestionar y evaluar de forma adecuada a estos profesionales. Por ello el desarrollo de la especialidad en Salud Comunitaria debe jugar un papel fundamental en los próximos años.

Un sistema sanitario cuya base es la atención primaria basa su eficiencia en que cada paciente debe ser atendido en el nivel asistencial que requiera su problema<sup>31-33</sup>. Por ejemplo, las apendicitis no deben ser atendidas en Atención Primaria ni las amigdalitis en Atención Especializada. Los fundamentos socioeconómicos de la atención primaria son: la continuidad y longitudinalidad de la atención, y el papel de filtro / derivación hacia la atención especializada<sup>34-35</sup>. Esto es lo que convierte a la Atención Primaria en puerta de entrada al Sistema de Salud.

**En particular la misión de la enfermera de atención primaria es resolver problemas relacionados con la salud de los usuarios. Estos problemas se entienden como necesidades de cuidados. Dichos problemas son especialmente importantes en determinados grupos de población, como los niños, adolescentes, personas con enfermedades crónicas, y personas mayores -grupos mencionados en la LOSCA<sup>36</sup>-. Para estos grupos concretos, la aplicación de protocolos y guías de práctica clínica por enfermeras de atención primaria con el objetivo de mejorar la salud, minimizar las complicaciones y resolver problemas específicos puede redundar en mejores resultados clínicos, ganancias de calidad de vida, mejoras en la satisfacción de los usuarios y aumento de la eficiencia del sistema sanitario.**

Si aplicamos los criterios generales de funcionamiento del Sistema Sanitario y los particulares de la enfermera al trabajo que desempeñan, es razonable pensar que si la enfermera de



atención primaria fuera la puerta de entrada y distribución para determinados grupos de población (pensemos en especial en pacientes crónicos y personas mayores) se mejoraría la eficiencia del sistema. Las necesidades en materia de salud de estos grupos no son tanto de curación como de cuidado de la salud. Es decir, estos pacientes necesitan que se les enseñe a manejar su problema, se les realicen técnicas diagnósticas y terapéuticas poco complejas y se tomen medidas para evitar las complicaciones derivadas de su enfermedad. Por ello el “nivel” de atención sanitaria que necesitan se ajusta al perfil de oferta de la enfermera de atención primaria. Por ejemplo, si con los pacientes incluidos en los programas de atención a crónicos - los más conocidos diabetes e hipertensión- las enfermeras asumieran una responsabilidad mayor en la revisión del estado de salud<sup>8</sup> y derivación hacia los médicos de familia ante una complicación o un problema agudo, los pacientes obtendrían al menos los mismos resultados en salud<sup>29,37-40</sup>, y los médicos de familia obtendrían una disminución en la presión asistencial que soportan, aumentando de esta forma los niveles de eficiencia del Sistema Sanitario.

Las reformas organizativas de la Atención Primaria en países como el Reino Unido<sup>32</sup> y Suecia<sup>41</sup> van en la línea apuntada antes. Las enfermeras de atención primaria asumen mayor responsabilidad ante determinados problemas y grupos de población. En la literatura este papel se recoge como gestión de cuidados o gestión clínica en enfermería, y así se menciona en el plan estratégico del Servicio Canario de la Salud<sup>42</sup>. *Gestionar los cuidados* significa recoger información específica sobre las necesidades de los usuarios, identificar los problemas, diseñar un plan de intervención específico y coordinar las intervenciones con los distintos profesionales del equipo, familiares implicados, otros niveles asistenciales y otros sectores implicados.

En España, el 5% de los usuarios consume el 52% del total del gasto sanitario en un año, y también tan sólo el 1% de la población consume el 26%, y el 50% que menos consume representa el 3% del gasto anual. La concentración del gasto debería corresponderse con un mayor esfuerzo gestor en el 5% de usuarios que representa más de la mitad del gasto sanitario. Ese mayor esfuerzo gestor requiere de una APS que proporcione atención integrada<sup>34</sup>.

Hay que preguntar ¿cómo puede la enfermera influir de manera positiva en este proceso de mejorar la eficiencia en la atención a este grupo de población? **Una enfermera de Atención Primaria especialista en Salud Comunitaria puede aumentar la longitudinalidad de la atención al valorar al individuo y la familia desde la perspectiva de la necesidad de cuidados. Además puede jugar un buen papel de filtro - ajustando las derivaciones a especialistas y pruebas complementarias protocolizadas en los programas de crónicos, por ejemplo, el grupo que genera más gasto al sistema -. Puede asegurar la visión global**



**del paciente - pensemos en los tiempos de consulta mayores en la consulta de enfermería que en la médica y en la alta presión asistencial médica -. Y además puede ser la bisagra entre servicios sanitarios y sociales.** Para conseguir todo esto es necesario contar con enfermeras especialistas adecuadamente formadas (conocimientos, habilidades y actitudes) y que consigan que la población les reconozca como parte del primer contacto con el sistema sanitario.





### **3.3. Cambios y evolución de la práctica de la enfermería en esta especialidad.**

#### **3.3.1. Contribución específica que hace este especialista para mejorar la atención de salud y enfermería y no realizan otros especialistas.**

**La contribución de la Enfermería Comunitaria a la salud colectiva viene determinada y enmarcada por las nuevas necesidades y problemas de salud que presentan la población en el momento actual, por los cambios demográficos de las últimas décadas, por las transformaciones de los sistemas de salud, caracterizados por el desarrollo de la atención primaria de salud, por la puesta en valor a nivel comunitario de la salud individual y colectiva, etc. Aspectos todos estos analizados en los puntos anteriores de este documento.**

La Enfermería Comunitaria se centra en la ayuda al grupo familiar, al individuo y a la comunidad en la satisfacción de las necesidades básicas, a lo largo del ciclo vital y en cada uno de los procesos de salud-enfermedad a los que se enfrenten. Se trata de facilitar y favorecer, la mayor autonomía de las personas y familias, en la salud, la enfermedad, la recuperación y la rehabilitación. La esencia de la Enfermería es el cuidado integral del ser humano, siendo el núcleo de actuación las necesidades básicas y las metas la autonomía y el bienestar, considerando a un individuo o familia autónomo cuando está “capacitado” para su autocuidado.

La promoción de la salud y la prevención de las principales enfermedades pasa inexorablemente por la adquisición de comportamiento y actitudes saludables, el fomento de la autonomía y el autocuidado como ejes centrales del trabajo enfermero en la comunidad, mediante la Educación para la Salud, se hace imprescindible para la consecución de mejores niveles de salud individual y colectiva.

El fomento de la salud colectiva mediante la mejora del medio ambiente físico y social, el desarrollo de capacidades individuales para enfrentarse a las agresiones externas, la participación comunitaria en la definición de problemas y necesidades de salud, así como la participación en la definición de las posibles soluciones y en su puesta en marcha, requieren de profesionales de la Enfermería Comunitaria con un perfil de formación específica que les permitan intervenir a nivel comunitario y de este modo contribuir a hacer la salud un bien colectivo.



El seguimiento y promoción de la salud en las diferentes etapas de la vida, la edad infantil, escolar, adolescentes y jóvenes, adultos y ancianos, requieren del análisis y asesoramiento en las conductas y autocuidados llevados a cabo por las personas y sus cuidadores, las cuales tienen un impacto clave en el desarrollo y mantenimiento de la salud. La intervención de la Enfermería Comunitaria a través del diagnóstico y el establecimiento de planes de cuidados y autocuidados constituyen un elemento insustituible en la promoción de la salud.

Las necesidades de cuidados y autocuidados derivadas de los diferentes problemas de salud prevalentes y de mayor incidencia en la actualidad, son cada vez más numerosas y complejas. Las enfermedades crónicas y degenerativas, las dependencias tanto físicas como psicológicas, las enfermedades infecciosas, para las que no se disponen de estrategias curativas definitivas, los problemas de salud mental, etc., están condicionando de forma directa la calidad de vida de las personas y sus familiares. La prestación de cuidados de enfermería permite a estas personas y sus familias afrontar las dificultades que se derivan de estas situaciones de una forma más llevadera y les facilita llevar una vida más digna y socialmente más productiva.

Considerando que la familia constituye la principal fuente de salud, así como el elemento clave en la prestación de cuidados y autocuidados, se hace necesario disponer de un profesional de Enfermería con una formación amplia que le permita actuar como enfermera de familia y se preocupe de promover la salud de todos sus miembros, prevenir la enfermedad y asesorar y educar a la familia en la prestación de cuidados. Estos constituyen uno de los principales factores generadores de salud en el ámbito familiar y por extensión a nivel comunitario.

El desarrollo de las actividades expuestas anteriormente, por su complejidad y amplitud requieren de un programa de formación específico en el campo de la Enfermería Comunitaria que capaciten a las enfermeras en la prestación de cuidados a nivel individual, familiar y comunitario.



#### **4. Propuesta de especialidad.**

##### **4.1. Contenidos formativos.**

En este documento se ha dibujado el escenario en el que ha de desempeñar su función la enfermera especialista en salud comunitaria.

La formación especializada en enfermería comunitaria en España tiene sus antecedentes en las enfermeras visitadoras sanitarias y las enfermeras puericultoras. En 1935, aparece la Escuela Nacional de Enfermeras Sanitarias y Asistencia Pública que en 1941 se transforma en la Escuela Nacional de Instructoras Sanitarias<sup>46</sup>. La formación especializada en Enfermería de Salud Comunitaria, paradójicamente se trunca en 1986 con la desaparición del cuerpo de instructoras sanitarias y la formación especializada se consigue de forma no reglada a través de la formación continuada que imparte el sistema sanitario sin unos criterios claros.

El especialista en enfermería de salud comunitaria debe ser un profesional experto que mediante acciones integrales de salud, que incluyan, entre otras, la prestación de cuidados y el fomento de los autocuidados, en las áreas de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación, sea capaz de solucionar y favorecer la adaptación a los problemas de salud del individuo, la familia y la comunidad. Dichos problemas se entienden como situaciones que originan necesidades de cuidado que llevan a un manejo ineficaz de la salud.

Para abordar dichos problemas utiliza un enfoque comunitario, intersectorial, integral e integrado basado en la evidencia científica y en un proceso participativo.

La preparación de la enfermera comunitaria especialista se orienta para conseguir los siguientes objetivos<sup>47</sup>:

- Atender las necesidades de salud de la comunidad estimulando la participación activa de la comunidad con el fin de potenciar la autorresponsabilidad de su salud.
- Dar respuesta a las necesidades de cuidados de la familia constituyendo un recurso clave a nivel familiar para la promoción y mantenimiento de la salud, así como para la prestación de cuidados, facilitando la labor de la familia como agente de salud.
- Prestar cuidados de enfermería a la persona, la familia y la comunidad utilizando los medios disponibles y adecuados a cada situación, desarrollando programas de prevención, promoción, asistencia y rehabilitación con el objetivo: de resolver los problemas que generan necesidades de cuidado y autocuidado, y fomentar la adaptación y el autocuidado en los problemas de salud emergentes.
- Orientar la actividad profesional con una perspectiva de salud global, considerando que la salud forma parte del desarrollo social y económico del país, y teniendo en cuenta el conjunto de factores que determinan el proceso de salud-enfermedad en el continuo de la vida.



- Conocer e identificar los problemas de salud, sus condicionantes, recursos y la opinión de la comunidad en la que la enfermera especialista desempeña su labor, así como organizar las acciones coordinadas con el resto del equipo multidisciplinar para su resolución.
- Proporcionar elementos para un examen crítico de los determinantes de salud con el fin de que las personas, los grupos y la comunidad tengan capacidad de decisión sobre los cambios transformadores a realizar tanto en el ámbito personal como social y político.
- Promover el desarrollo de acciones que faciliten y promuevan la adopción por parte de la persona, la familia y la comunidad de estilos de vida saludables que fomenten la autorresponsabilidad en el manejo de la salud.
- Promover, diseñar y realizar trabajos de investigación en el ámbito de responsabilidad como mecanismo de desarrollo de evidencia científica que permitan fundamentar la valoración, detección e intervención en problemas de salud de la persona, familia y la comunidad.
- Profundizar en los conocimientos teóricos y en la metodología de cuidados de enfermería como instrumento de trabajo en la atención de enfermería en la comunidad.
- Participar en la identificación de los problemas sociales, así como en la organización de las acciones coordinadas para su resolución con la participación ciudadana.

De los anteriores objetivos de formación del profesional de enfermería especialista en salud comunitaria surgen las siguientes áreas de conocimientos<sup>48,49</sup>. Para asignar los créditos se toma como base la estimación que hace el Ministerio de Educación y Ciencia<sup>50</sup>:

ASIGNATURAS	DESCRIPTORES	CRÉDITOS	
		T	P
TEORÍA Y MÉTODO DE ENFERMERÍA	<p>Desarrollo histórico de la enfermería comunitaria</p> <p>Perspectiva teórica y metodológica de Enfermería desde el concepto del cuidado como objeto de la disciplina. Análisis de las teorías y métodos en enfermería: Aplicación de las teorías de Enfermería en la práctica asistencial de la Enfermería Comunitaria, en gestión, en docencia e investigación.</p> <p>Metodología de cuidados. Nomenclatura enfermera.</p> <p>Sistemas de clasificación de diagnósticos, intervenciones y resultados con aplicación a la Enfermería Comunitaria.</p>	3	1



<b>ADMINISTRACIÓN SANITARIA Y DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA COMUNITARIA</b>	<p>Evolución histórica de la administración de enfermería.</p> <p>Corrientes administrativas actuales. Proceso administrativo y técnicas de dirección. Administración de servicios de enfermería comunitaria: filosofía, objetivos, instrumentos de planificación, dirección y control. Gestión de programas de calidad en los servicios de enfermería en atención primaria.</p> <p>La administración de enfermería de la comunidad en el sistema de salud, sociosanitario y niveles administrativos.</p> <p>Planificación sanitaria: diagnóstico de salud, programación y protocolización. Economía de la salud. Políticas de salud, metodología para su evaluación e impacto en la comunidad.</p> <p>Sistemas sanitarios. Políticas y planes de salud. Salud y consumo. Desigualdades en salud.</p>	6	1
<b>INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA COMUNIDAD</b>	<p>El método científico. Documentación y terminología científica. Problemas de Investigación. Sesgos de género en la investigación en salud. Diseños de Investigación en enfermería de salud comunitaria. Investigación cualitativa y cuantitativa. Presentación y organización del comunicado científico. Búsquedas bibliográficas y documentales en soportes informáticos y documentales</p>	6	1
<b>ESTADÍSTICA Y ANÁLISIS DE DATOS.</b>	<p>Medición y recogida de datos. Análisis e interpretación de datos en investigación cualitativa. Análisis e interpretación de datos en investigación cualitativa.</p>	4	2
<b>EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA COMUNIDAD</b>	<p>Proceso de enseñanza – aprendizaje. Características específicas de este proceso en las diferentes etapas del ciclo vital, en grupos y en la comunidad. . Modificación de comportamientos en salud. Localización, análisis y elaboración de materiales educativos. Elaboración de programas y estrategias en la educación para la salud.</p> <p>Diseño, planificación y metodología de educación grupal.</p> <p>Técnicas de abordaje a la comunidad. Métodos para la participación social en salud.</p>	10	4
<b>ÉTICA Y LEGISLACIÓN EN ENFERMERÍA DE SALUD COMUNITARIA</b>	<p>Conceptos básicos del Derecho. Derechos humanos y derechos a la salud, incluyendo los derechos a la salud sexual y reproductiva. Problemas Bioéticos en la Disciplina Enfermera en Salud Comunitaria. Comités de Bioética.</p> <p>Legislación Sanitaria. . Marco normativo de la Enfermería Comunitaria. Derechos y Deberes de los usuarios. Códigos éticos profesionales.</p>	3	0



<b>ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A LA COMUNIDAD</b>	<p>Concepciones filosóficas y teóricas en el campo de la salud.</p> <p>Estudio de las comunidades y grupos de riesgo. Diagnóstico de las necesidades de cuidado, (intervenciones y resultados) y planes de cuidados en las distintas etapas del ciclo vital. Diagnóstico de las necesidades de cuidado, intervenciones y resultados en situaciones de dependencia. Diagnóstico de las necesidades de cuidado, intervenciones y resultados en situaciones de salud y enfermedades prevalentes. . Atención a poblaciones vulnerables o excluidos socialmente( inmigrantes, grupos étnicos minoritarios, refugiados, sin techo.....)</p>	30	35
<b>ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A LA FAMILIA</b>	<p>La familia como unidad de atención. Dinámica familiar. La familia funcional. La teoría sistémica aplicada a la familia. Necesidades de salud a nivel familiar. Terapia familiar sistémica. Las nuevas formas de familia.</p> <p>Los cuidados informales en la familia y la perspectiva de género. Violencia de género en la familia. Atención al cuidador principal (familiar o informal)</p>	6	6
<b>PARTICIPACIÓN SOCIAL</b>	<p>Los presupuestos ideológicos y metodológicos de la participación social. La dimensión social e institucional de la participación. Tejido social. Técnicas de abordaje para la participación social. Las redes sociales. Dinámica de grupos. Grupos de ayuda mutua. Coordinación sociosanitaria.</p>	6	6
<b>SALUD Y MEDIO AMBIENTE</b>	<p>Ecología y salud. Aguas. Contaminación atmosférica. Residuos sólidos y líquidos. Protección radiológica. Catástrofes. Efectos en la salud de la Violencia social y en situaciones de conflicto</p>	3	0
<b>SOCIEDAD, CULTURA Y SALUD</b>	<p>Cultura, salud y enfermedad: introducción a la antropología de la salud. Factores culturales en el encuentro entre profesionales de la salud y la persona. La perspectiva de género en la aproximación a las personas y grupos</p>	4	0
<b>SALUD Y TRABAJO</b>	<p>El trabajo productivo y reproductivo como condicionante de la salud. Riesgos laborales. Legislación de salud laboral. Protección de la salud en el trabajo. Prevención de enfermedades o accidentes laborales Sistemas de información de salud laboral.</p>	4	0
<b>EPIDEMIOLOGÍA</b>	<p>Concepto. Asociación y causalidad. Mediciones. Diseños de estudios. Fuentes de información. Vigilancia epidemiológica</p>	4	0



<b>PSICOTERAPIA COMPORTAMENTAL</b>	Concepto, modelos, estrategias de intervención y fundamentos de la psicoterapia comportamental. Aspectos metodológicos de la psicoterapia comportamental. Técnicas basada en el condicionamiento clásico, operante y en el aprendizaje social, cognitivas y autocontrol. Aplicaciones en enfermería de salud comunitaria.	4	4
<b>TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN</b>	Entrevista Clínica. Entrevista terapéutica. Comunicación interpersonal. Habilidades sociales. Habilidades Grupales: Intervención, negociación, liderazgo. Asertividad. Empatía. Comunicación y Counseling. Comunicación en situación de crisis	4	2
<b>TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE CAMPO</b>	Diseño de un proyecto de investigación	2	19
<b>TOTAL DE CRÉDITOS</b>		99	81
		180	

#### 4. 2. Ámbito de práctica del especialista.

El título de enfermera especialista en salud comunitaria capacita para:

- La prestación de cuidados de enfermería en el ámbito de la atención primaria y la salud comunitaria.
- La prestación de servicios de enfermería familiar.
- Identificar las necesidades de salud individuales y colectivas.
- Planificar la atención individual y familiar.
- Potencia el modelo de gestión de enfermería, adaptándolo hacia los nuevos modelos de gestión.
- La gestión de los Servicios de cuidados a nivel comunitario.
- La evaluación periódica de la efectividad y la eficiencia de todos los cuidados enfermeros puestos en marcha.
- La gestión de Procesos Comunitarios.
- La gestión y el trabajo en servicios sociosanitarios.
- La gestión y el trabajo en Servicios y Programas de prevención y promoción de salud.
- La gestión y el trabajo en los Servicios de Salud Pública.
- La gestión y el trabajo en los Servicios de Salud Escolar
- La gestión y el trabajo en los Servicios de Salud laboral.
- La gestión y el trabajo en los servicios de planificación sanitaria.
- La gestión de procesos dentro del Sistema Sanitario.



- La coordinación y elaboración de protocolos de planes de cuidados para los distintos Servicios de Cartera.
- La coordinación de la relación entre los diferentes niveles asistenciales.
- La coordinación de los diferentes niveles asistenciales con las redes sociales.
- El cambio de emplazamiento de los cuidados: desde la consulta al domicilio, y de éste a la comunidad.
- Desarrollar investigación sobre los cuidados en salud comunitaria.
- Desarrollar y gestionar la formación continuada en el ámbito de la salud comunitaria.
- La coordinación socio-sanitaria.
- La elaboración y desarrollo de programas de Intervención Comunitaria.
- El desempeño del puesto dirección y coordinación en los Equipos de Atención Primaria.



## **5. Notas sobre el proceso de implementación.**

Para hablar de la implementación de la especialidad de la enfermera especialista tendríamos que tener en cuenta en líneas generales que:

- Debería estar presente en todos los puestos asistenciales en los que se trabaje con la comunidad. Es decir que todos los profesionales de los EAP deberían tener la mencionada especialidad.
- Debería ser valorado como mérito en el profesorado que imparta las asignatura de Enfermería Comunitaria en las Escuela Universitarias de Enfermería.
- Debería estar presente en los gestores de Enfermería que planifiquen, dirijan, coordinen y evalúen toda la actividad asistencial de los Enfermeros a nivel Comunitario.

Podemos dividir la implementación de la figura del especialista en Enfermería Comunitaria en dos grandes períodos:

- Implantación de unidades docentes y homologación de especialistas si procede.
- Normalización de la especialidad en la asistencia.

El primer período debe abarcar entre 3 y 5 años, y deben servir para formar profesionales y crear sistemas de información básicos para la gestión y evaluación de los servicios que presten.



**FORMULARIO DE APORTACIONES AL PRESENTE DOCUMENTO**

Si desea realizar alguna aportación a este documento puede hacerlo rellenando el siguiente formulario. Le rogamos que indique el punto en el que desea realizar la aportación, justificación y documentación bibliográfica que la apoya. Muchas gracias.

**1. Punto al que desea realizar la aportación.**

**2. Describa la idea que desea aportar y su justificación.**

**3. Documentación bibliográfica que apoya la aportación.**

Puede enviar las aportaciones por  
correo electrónico a:  
[aec@enfermeriacomunitaria.org](mailto:aec@enfermeriacomunitaria.org)  
[aec@arrakis.es](mailto:aec@arrakis.es)

Por correo postal a:  
AEC  
Secretaria Técnica Alquibla  
C/ Pintor Villacis, 4



## BIBLIOGRAFÍA.

1. Reformas de los Sistemas Sanitarios en Europa. Grupo de Trabajo sobre Reformas de la Atención Sanitaria en Europa. Oficina regional para Europa, OMS.1993.
2. SCS. Plan Estratégico: visión de futuro del SCS. 1998 - 99.
- 3.- Turabián JL, Pérez-Franco B. Modelos de participación comunitaria en la salud en el contexto de mercado sanitario: el mito del consumidor. Aten Primaria 1998 mar; 21(5):321-324.
- 4.- Unión Europea. Community Action Program in Health Promotion, 1998
- 5.- Unión Europea. Information Education and Training 1998
- 6.- OMS, Health Care in Transition. 1999
- 7.- OMS, Salud 21. Salud para todos en el siglo XXI, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid 1999
- 8.- Jiménez A. La enfermería en atención primaria ( algunas reflexiones ). Cent Salud 1995 ene; 3(1):13-15.
- 9.- Ortún Rubio, V. El producto sanitario: ¿servicio o salud? Rev ROL Enferm 1993 mar; 175:14-18.
- 10.- Tamborero G, Pomar J, Llobera J, Pou J. Gestión Clínica: ¿ la gran olvidada de la atención primaria ? Med Clin 9, 1996; 106:357
- 11.- Casas M., Guasch, E. GRD e información para la Gestión. Cap. 8. En : Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria: Grupos relacionados con el diagnóstico ( GRD ). Ed. Proyectos Farmacéuticos Glaxo. 179 - 203.
- 12.- Fetter, RB. Freeman, JL. Grupos relacionados con el diagnóstico: gestión por líneas de productos en los hospitales. Cap. 7. En Casas, M: Los grupos relacionados con el diagnóstico. Experiencia y perspectivas de utilización. Ed. Masson. 161 - 178.
- 13.- Ministerio de Sanidad y Consumo, en : Asociación Nacional de Directivos en Enfermería. Gestión del producto Enfermero, 1996, documento de la asociación..
- 14.- De Pedro, J. ¿Existe el producto - servicio enfermero? Enferm Clínica 1993 nov-dic; 3(6):213-214
- 15.- Palomino PA, Frías A, Pino R. Los productos enfermeros en atención primaria de salud: aproximación desde el marco de cuidados. Enferm Clínica1995 mar-abr; 5(2):72-75.
- 16.- Hernández RM. La medición del producto enfermero. Enferm Clínica 1995 may-jun;5(3):111-118.
- 17.- Riu M, Villares MJ, Castells X, Gili P. Producto Enfermero. Medida del tiempo por procesos. Rev ROL Enferm 1996 dic; 220:23-27.
- 18.- García F, Molins G, Farré J. La contabilidad de costes en atención primaria: cartera de servicios. Aten Primaria 1995 jul-ago;16(3):141-145.
- 19.- Francisco MA. Análisis del coste de la visita domiciliaria de enfermería a inmovilizados. Aproximación al estudio de la eficiencia. Aten Primaria 1997 feb 19(3):110-116.
- 20.- Urbina O, Marcuello C, Serrano GD, García FJ ¿Son adecuados los indicadores que se utilizan en atención primaria para medir la eficiencia? Aten Primaria 1997 sep 20(4).
- 21.- Fernández MI, Asenjo M, Fernández E, Martínez M, Molina G, Moreno A. Efectividad de medidas organizativas en la mejora de la gestión del Programa de Cita Previa. Aten Primaria 1997 oct 20( 6):.
- 22.- Martín A. ¿Es necesario reorientar la evaluación de los equipos de salud? Aten Primaria 1997 jul-ago 20( 3):
- 23.- Auñón A, Colomer A. La actividad de las enfermeras en los equipos de atención primaria. Cent Salud 1997 feb; 5(2):79-81.
- 24.- Rivera F, Hernández Y, Martí E, Chaume A, Martínez C, Richart MJ. Estrategias organizativas en los centros de salud. Cuad Gestión 1998 ene-mar 4(1).
- 25.- García L, Arias P, De la Cuesta A, Aguado, M. Contenido de la consulta de enfermería en un centro de salud. Aten Primaria 1992 mar 9(4):187-191.
- 26.- Pilas M, Ugalde M, Alberquilla A, González MC. Características de la demanda en la consulta de Enfermería de Atención Primaria. Rev ROL Enferm 1996 abr:XIX(212):27-32.



- 27.- Van-Der Hofstadt CJ, Baena C, Sánchez A, Mira JJ. Organización del trabajo de enfermería en Atención Primaria y satisfacción y estrés laboral: Enfermería Comunitaria versus Enfermería por programas. *Cent Salud* 1995 nov; 3(10):757-760.
- 28.- Casanovas Y, Lázaro P, Mitjans J, Reixach M. Papel de la enfermera/o desde el punto de vista del usuario. *Enferm Clínica* 1995 mar-abr;5(2):61-68.
- 29.- Decreto 117/1997, de 26 de junio, ( BOC nº 95, de 25 de julio ) por el que se aprueba el Reglamento de organización y funcionamiento de las Zonas Básicas de Salud en la Comunidad Autónoma de Canarias.
30. Partanen, P Perälä, M Technology Assessment in Nursing. A systematic review of the Finnish and International Literature FinOHTA Report No. 8 1998
31. Saltman, R. Figueras, J. European Health Care Reforms: analysis of current strategies. WHO, Regional Office for Europe. 23 April 1996.
32. Robinson, R Dixon, A Mossialos, E Health Care Systems in Transition. United Kingdom 1999. European Observatory on Health Care System 1999
33. Rico, A Health Care Systems in Transition. Spain 2000. European Observatory on Health Care System 2000
34. Ortún, V Gervás, J Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. *Med Clin (Barc)* 1996; vol. 106, núm. 3 , pág. 97-102.
35. Duarte, G Izquierdo, MD Reyes, JM Análisis de la situación y líneas de desarrollo de la enfermería de Atención Primaria en Canarias. Servicio Canario de la Salud. 2000.
36. Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias, ley 11/94, de 26 de Julio.( BOC nº 96 de 5 de Agosto ).
37. Shum, C Humphreys, A Wheeler, D Cochrane, M Skoda, S Clement, S Nurse management of patients with minor illnesses in general practice: multicentre, randomised controlled trial. *BMJ* 2000;320:1038-43
38. Kinnersley, P Anderson, E Parry, K Clement, J Archard, L Turton, P Stainthorpe, A Fraser, A Butler, C Rogers, C Randomised controlled trial of nurse practitioner versus general practitioner care for patients requesting "same day" consultations in primary care. *BMJ* 2000;320:1043-8
39. Venning, P Durie, A Roland, M Roberts, C Leese, B Randomised controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care. *BMJ* 2000;320:1048-53
40. Lattimer, V Sassi, F George, S Moore, M Turnbull, J Mullee, M Smith, H Cost analysis of nurse telephone consultation in out of hours primary care: evidence from a randomised controlled trial. *BMJ* 2000;320:1053-7
41. Figueras, J et al. Health Care Systems in Transition. Sweden 1996. WHO, Regional Office for Europe 1996.
42. Borrador de desarrollo de las especialidades contempladas en el Real Decreto 992/87. Subdirección General de Especialidades en Ciencias de la Salud. Ministerio de Educación y Ciencia. 1990
43. Programa del Curso de Enfermería de Salud Comunitaria(1991-1992). Escuela Nacional de Sanidad. Ministerio de Sanidad y Consumo . BOE 22 de agosto 1990, Resolución del 11 de julio de 1990.
44. Borrador de Orden Ministerial por la que se establece con carácter provisional el programa de formación y los requisitos mínimos de las unidades docentes para la obtención del título de especialista en enfermería de salud comunitaria. Subdirección General de Especialidades en Ciencias de la Salud. Ministerio de Educación y Ciencia. 1990
45. Borrador de Orden Ministerial por la que se establece con carácter provisional el programa de formación y los requisitos mínimos de las unidades docentes para la obtención del título de especialista en enfermería de salud comunitaria. Subdirección General de Especialidades en Ciencias de la Salud. Ministerio de Educación y Ciencia. 1990
42. Borrador de desarrollo de las especialidades contempladas en el Real Decreto 992/87. Subdirección General de Especialidades en Ciencias de la Salud. Ministerio de Educación y Ciencia. 1990
43. Programa del Curso de Enfermería de Salud Comunitaria(1991-1992). Escuela Nacional de Sanidad. Ministerio de Sanidad y Consumo . BOE 22 de agosto 1990, Resolución del 11 de julio de 1990.
44. Borrador de Orden Ministerial por la que se establece con carácter provisional el programa de formación y los requisitos mínimos de las unidades docentes para la obtención del título de especialista en enfermería de salud comunitaria. Subdirección General de Especialidades en Ciencias de la Salud. Ministerio de Educación y Ciencia. 1990



45. Borrador de Orden Ministerial por la que se establece con carácter provisional el programa de formación y los requisitos mínimos de las unidades docentes para la obtención del título de especialista en enfermería de salud comunitaria. Subdirección General de Especialidades en Ciencias de la Salud. Ministerio de Educación y Ciencia. 1990

---

<sup>45</sup> OPS-OMS. Enseñanza de enfermería en Salud Comunitaria. Publicación científica, 332. Washinton DC, OPS, 1976

<sup>46</sup> Sánchez García, AM; Mazarrasa Alvear, L; Merelles Tormo, A. Salud pública y enfermería comunitaria. En: Mazarrasa-Germán- Sánchez M.- Sánchez G.- Merelles – Aparicio. Salud Pública y Enfermería Comunitaria I. McGraw Hill . Ineteramericana. Madrid . 1996.

<sup>47</sup> Borrador de desarrollo de las especialidades contempladas en el Real Decreto 992/87. Subdirección General de Especialidades en Ciencias de la Salud. Ministerio de Educación y Ciencia. 1990

<sup>48</sup> Programa del Curso de Enfermería de Salud Comunitaria(1991-1992). Escuela Nacional de Sanidad. Ministerio de Sanidad y Consumo . BOE 22 de agosto 1990, Resolución del 11 de julio de 1990.

<sup>49</sup> Borrador de Orden Ministerial por la que se establece con carácter provisional el programa de formación y los requisitos mínimos de las unidades docentes para la obtención del título de especialista en enfermería de salud comunitaria. Subdirección General de Especialidades en Ciencias de la Salud. Ministerio de Educación y Ciencia. 1990

<sup>50</sup> Borrador de Orden Ministerial por la que se establece con carácter provisional el programa de formación y los requisitos mínimos de las unidades docentes para la obtención del título de especialista en enfermería de salud comunitaria. Subdirección General de Especialidades en Ciencias de la Salud. Ministerio de Educación y Ciencia. 1990