

Fabiola Hueso Navarro

Factores de desarrollo en la Enfermería Comunitaria española en los últimos 25 años

Departamento
Fisiatría y Enfermería

Director/es
Germán Bes, Concepción

<http://zaguan.unizar.es/collection/Tesis>



Universidad
Zaragoza

Tesis Doctoral

FACTORES DE DESARROLLO EN LA ENFERMERÍA COMUNITARIA ESPAÑOLA EN LOS ÚLTIMOS 25 AÑOS

Autor

Fabiola Hueso Navarro

Director/es

Germán Bes, Concepción

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA

Fisiatría y Enfermería

2014



UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA

FACTORES DE DESARROLLO EN LA ENFERMERÍA COMUNITARIA ESPAÑOLA EN LOS ÚLTIMOS 25 AÑOS

TESIS DOCTORAL

DEPARTAMENTO DE FISIATRÍA Y ENFERMERÍA. FACULTAD DE CIENCIAS DE AL SALUD

PRESENTADA POR: FABIOLA HUESO NAVARRO

DIRECTORA: DRA. CONCEPCIÓN GERMÁN BES

Zaragoza Septiembre 2014



Autorización de la Directora de la tesis para su presentación

D^a. Concepción Germán Bes, Dra. por la Universidad de Zaragoza, profesora Titular de la misma (Facultad de Ciencias de la Salud) y perteneciente al Departamento de Fisiatría y Enfermería, hace constar:

Que la Tesis Doctoral titulada: “Factores de desarrollo en la Enfermería Comunitaria española en los últimos 25 años”, presentada por D^a Fabiola Hueso Navarro reúne los requisitos necesarios para se presentada y defendida por su autora y optar al Grado de Doctora por la Universidad de Zaragoza

Zaragoza, 5 de Septiembre de 2014

Fdo. Concepción Germán Bes

AGRADECIMIENTOS

Dar las gracias siempre es una tarea reconfortante, y más cuando el motivo por el que se dan es haber recibido del donante lo que más necesitaba en cada momento.

Dar las gracias es una tarea siempre reconfortante, y más cuando el motivo por el que se dan es por haber recibido del donante lo que más necesitaba, en cada momento durante el tiempo que ha durado este trabajo.

Quiero dar las gracias a todas las personas que de alguna forma han colaborado en para que pudiese realizar este trabajo

En primer lugar y de forma muy especial, a la directora de esta tesis, Dra. Concha Germán Bes, sin ella este proyecto jamás se habría podido realizar. Gracias a ella en 2001 se puso en marcha el segundo ciclo de enfermería. Este curso nos permitió pasado un tiempo y tras un gran esfuerzo realizado por la Dra. Germán, acceder al tercer ciclo que hasta entonces había sido vetado a las enfermeras.

Algunas enfermeras ya veteranas emprendimos esta gran aventura, que ha durado cuatro años.

Durante este tiempo su generosidad, su paciencia, su entusiasmo, su sabiduría y su disponibilidad me han demostrado que no solo era mi directora académica, sino que ha sido mi maestra en el arte de la enfermería, y de otros muchos aspectos de la vida.

El trabajo como enfermera, mis responsabilidades familiares y mis dificultades con las letras, frenaron en algún momento mi dedicación a la investigación, pero no por eso ella me dejó a un lado, más aún creo que esta circunstancia supuso un aliciente para enviarme fuerzas hacia lo que después resultó ser una tesis.

A la Dra. Vera Regina Waldow, enfermera de Brasil, agradecerle su interés, su amabilidad, y su esfuerzo por venir a España. Ya que como estudiosa del cuidado, me facilitó sus publicaciones, que han sido una importante base teórica fundamental de este trabajo.

A la Dra. Consuelo Miqueo, directora del departamento de historia de la Medicina de la Universidad de Zaragoza, por su inestimable ayuda para aclarar algunos conceptos y proporcionarme algunas lecturas sobre el tema del Género.

Gracias a Gregorio Aguado, Carlos Cid, su esposa Casti ya María José Fernández por facilitarme el estudio de campo en Andalucía.

También gracias a todas las personas informantes por aportar sus testimonios, a los usuarios que me abrieron sus casas y sus corazones; a los compañeros sanitarios por contarme sus vidas profesionales.

Índice

I.Introducción.....	13
I.1.Antecedentes Históricos de la Enfermería Comunitaria en España.....	18
I.1.1. Época pre-profesional.....	18
I.1.2. Profesionalización y primera especialización.....	19
I.1.3. Primeros Programas de Enfermería Comunitaria Universitaria en la Transición Democrática.....	33
I.2. A modo de Resumen. De la Introducción.....	40
I.3. Bibliografía.....	41
II .Marco Teórico de los Cuidados de Enfermería Comunitaria.....	47
II.1. El Cuidado y sus Conceptualizaciones.....	47
II.1.1.Perspectivas filosóficas.....	48
II.1.2.Conceptos desde la Enfermería.....	52
II.1.3.El Cuidado de la Enfermera Comunitaria.....	71
II.2. Ética del Cuidado.....	76
II.3. El Género, el Cuidado y la Enfermería.....	83
II.3.1. El Concepto de Género.....	83
II.3.2. El Patriarcado.....	85
II.3.3. Los diversos feminismos.....	86
II.3.4. El Género y el Cuidado de Enfermería.....	105
II.4. A modo de Resumen del Marco Teórico.....	116
II.5.Bibliografía.....	117
III. Objetivos e Hipótesis.....	129
III.1.Objetivos.....	129
III.2.Hipótesis.....	130
IV .Metodología.....	133
IV.1.Marco Sanitario Legal y Asociacionismo de la Enfermería Comunitaria entre 1987-2013.....	133
IV.2.Metodología para el Estudio de la Producción Científica.....	134
IV.3.Metodología de Análisis de los Datos de Entrevistas.....	136
IV.3.1.Recogida de Datos.....	137
IV.3.2.Ámbito, Universo y Sujetos de Estudio.....	138
IV.3.3.Selección de Informantes.....	139
IV.3.4.Análisis del contenido.....	144
IV.4.Bibliografía.....	145

V. Resultados.....	149
V.1. Marco Legal y Asociacionismo de la Enfermería Comunitaria	
Entre 1984-2011.....	149
V.1.1.Contexto Legal y Socio Sanitario.....	149
V.1.2.Innovaciones Enfermeras.....	156
V.1.3.La Especialización.....	164
V.1.4.Segundo Ciclo: Máster y Especialidades.....	172
V.1.5. Asociaciones Científico Profesionales en Enfermería Comunitaria.....	178
V.1.5.1. Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC).....	179
V.1.5.2. Federación de asociaciones de Enfermería Comunitaria (FAECAP).....	186
V.1.5.3. Sociedad Española de Enfermería Familiar y Comunitaria (SEEFyC).....	189
V.1.6. A modo de Resumen del Marco legal y Asociacionismo.....	191
V.1.7.Bibliografía.....	191
V.2.Producción Científica de la Enfermería Comunitaria 2005-2011.....	198
V.2.1.El Contexto de la Producción y Difusión Científica en Enfermería Comunitaria.....	198
V.2.2.Grandes Etapas de la EC: Estudios Cuantitativos: 1984-2004: 2005-2011.....	200
V.2.3.Los Temas Emergentes y Recurrentes: Análisis Cualitativo.....	209
V.2.3.1.El Rol Profesional y Nuevos Enfoques en la Gestión.....	210
V.2.3.2.La Metodología Enfermera y la Informatización de los Registros se la Actividad.....	223
V.2.3.3.Procesos Atendidos.....	229
V.2.3.4.Cuidado a las Cuidadoras.....	244
V.2.3.5.Educación para la Salud, el Autocuidado.....	246
V.2.3.6. Mejoras en la Relación con el Paciente.....	254
V.2.3.7.Satisfacción de los Profesionales.....	255
V.2.3.8.Investigación.....	258
V.2.3.9.Historia.....	260
V.2.3.10.Formación docente en las escuelas de la asignatura Enfermería Comunitaria.....	261
V.2.4. Manuales y Monografías.....	266
V.2.5 A modo de Resumen, Debate y Conclusiones.....	267
V.2.6.Bibliografía.....	270

V.3.Resultados y Discusión de los Relatos de las Entrevistas.....	297
V.3.1.Reconocimiento.....	302
V.3.1.1.A. El relato de de los usuarios.....	302
V.3.1.1.A.1.Cuidados Técnicos.	302
V.3.1.1.A.2. Cuidados Invisibles.....	303
V.3.1.1.B.El relato de los profesionales.....	307
V.3.1.1.B.1.Cuidados Técnicos.....	307
V.3.1.1.B.2.Cuidados Invisible.....	308
V.3.1.2.A modo de Resumen del Reconocimiento.....	313
V.3.2.Representación.....	315
V.3.2.1.Los Antecedentes. Reforma sanitaria los nuevos Centros de Salud....	315
V.3.2.1. A. El relato de los usuarios.....	317
V.3.2.1. B. El relato de los profesionales.....	317
V.3.2.2.La Formación.....	318
V.3.2.2.B. El relato de los profesionales.....	320
V.3.2.3. La construcción de un Rol Profesional Autónomo.....	321
V.3.2.3.1.Políticas Sanitarias.....	322
V.2.3.1. B. El relato de los profesionales.....	323
V.3.2.3.2.Relaciones profesionales.....	324
V.2.3.2.B.El relato de los profesionales.....	325
V.3.2.3.3.Percepción del Rol Autónomo.....	327
V.3.2.3.3.A.El relato de los usuarios.....	328
V.3.2.3.3. B El relato de los profesionales.....	329
V.3.2.3.4.Nuevas Modalidades en la Gestión.....	331
V.3.2.3.4.1.La Enfermera Gestora de Casos.....	331
V.3.2.3.4.1. A. El relato de los usuarios.....	332
V.3.2.3.4.1. B. El relato de los profesionales.....	332
V.3.2.3.4.2.La Gestión Compartida de la Demanda.....	332
V.3.2.3.4.2.A.El relato de los usuarios.....	333
V.3.2.3.4.2.B.El relato de los profesionales.....	333
V.3.2.3.2.4.3.La Prescripción Enfermera.....	333
V.3.2.4.3.4.3.B.El relato de los profesionales.....	334
V.3.2.3.5.La búsqueda de mayor visibilidad. Registro de la Actividad.....	334
V.3.2.3.5.B.El relato de los profesionales.....	336

V.3.2.3.6.Satisfacción, Autoestima Profesional, Prestigio la Visibilidad e Imagen alcanzadas.....	338
V.3.2.3.6.B.El relato de los profesionales.....	338
V.3.2.3.7.Estatus profesional y poder.....	340
V.3.2.3.7.B. El relato de los profesionales.....	341
V.3.2.3.8.A modo de Resumen de la Representación.....	342
V.3.3.Redistribución.....	343
V.3.3.1.Género.....	345
V.3.3.A.El relato de los usuarios.....	345
V.3.3.B.Los profesionales.....	346
V.3.3.2.El Salario.....	347
V.3.3.2.El relato de los usuarios.....	347
V.3.3.2.B.El relato de los profesionales.....	347
V.3.3.3.Clase Social.....	347
V.3.3.3.A Opinión Usuarios.....	347
V.3.3.3.B.Opinión Profesionales.....	347
V.3.3.4.A modo de Resumen de la Redistribución.....	348
V.3.3.5.Bibliografía.....	348
VI. Conclusiones.....	361
VII. Bibliografía.....	367
VII.1.Bibliografía Crítica.....	367
VII.2.Bibliografía Fuentes.....	395
VIII. Anexos.....	423
1. Legislación de estudios y especialidad de Enfermería Comunitaria.....	425
2. Legislación que afecta a la profesión de enfermería.....	427
3. Contenido BOE programa formativo Especialidad EC.....	428
4. Literatura Gris.....	470
5. Guión de entrevista a los usuarios.....	471
6. Guión entrevistas a: gestores, médicos, administrativas.....	472
7. Guión entrevista a enfermeras.....	473
8. Texto integro entrevistas.....	474
Entrevista 1.....	474
Entrevista 2.....	478
Entrevista 3.....	482
Entrevista 4.....	492
9. Publicaciones.....	497

I-INTRODUCCIÓN

I.Introducción

En el primer capítulo y a modo de introducción se presenta el planteamiento del problema y un breve repaso de los acontecimientos históricos ocurridos en el siglo XX en España, que marcaron a cultural e ideológicamente a la población, influyeron en las reformas sanitarias, e hicieron posible la aparición de la figura de la Enfermera Comunitaria.

Planteamiento del problema

Conocer las claves de la historia reciente, en el marco o devenir de la historia contemporánea española o de la clásica europea, es fundamental para que los individuos vayan construyendo su identidad a partir de sus orígenes y el pasado de sus antecesores, así como de su propia peripecia, vital o profesional, en conflicto más o menos velado con la cultura heredada. Si pensamos que la cultura es ese conjunto de valores, pautas de conducta, ideas, creencias, conocimientos, técnicas o estilos de pensamiento que nos caracterizan, no es difícil imaginar el peso de la tradición, del pasado reciente y del remoto. Para la mayoría de las personas su “identidad profesional” es un ingrediente clave de su “identidad personal”. Por eso sigue siendo tópico historiográfico de todas las épocas la investigación sobre la configuración de la profesión. La enfermería es una profesión antigua y básica en toda sociedad humana, que acumula grandes transformaciones en su historia reciente. Conocerlas, analizarlas y valorarlas adecuadamente es una tarea básica del proceso de socialización profesional, del proceso de aprendizaje y construcción de la identidad profesional propia de nuestros días.

La enfermería tiene un campo de actuación muy amplio, desarrolla su labor asistencial prestando cuidados tanto en hospitalización, como en centros de cuidados de larga estancia y en Atención Primaria. La enfermera que trabaja en el nivel primario se la conoce como: Enfermera Comunitaria. Se entiende que es: “La disciplina que desarrollan los enfermeras/os generalistas, basada en la aplicación de los cuidados, en la salud y en la enfermedad, fundamentalmente al núcleo familiar y la comunidad, en el marco de la Salud Pública. Pretendiendo contribuir de forma específica a que las personas, la familia y la comunidad adquieran habilidades, hábitos y conductas que promuevan su auto-cuidado”¹.

Este modelo de Enfermera Comunitaria, que hoy nos parece tan cotidiano, forma parte de las transformaciones acontecidas en las historia reciente de este país.

La larga etapa de dictadura franquista, afectó a la sociedad española en todos sus ámbitos y como no podía ser de otra manera también a la enfermería, que vivió una etapa de expansión profesional con la creación de miles de puestos de trabajos en los grandes hospitales, pero a su vez sufrió una profunda pérdida de identidad al formarse como Ayudantes Técnicos Sanitarios, lo que durante muchos años para muchas enfermeras supuso un sentimiento de des identidad profesional; el ATS ya no era el Practicante, no era la Enfermera y tampoco era la Matrona. Era un “totum revolutum” de los tres amalgamados de forma artificial y a la vez una nueva figura, el/la ATS, que no tenía referentes previos ya que ninguno de los anteriores lo eran en su totalidad, y menos cuando entre los veteranos practicantes, enfermeras y matronas reinaba la disarmonía cuando no, el enfrentamiento.

Fueron los jóvenes ATS en un contexto de cambio los que lograron reencauzar su futuro y situar a las escuelas de ATS en la Universidad, unificar los colegios y conseguir un reconocimiento salarial como técnicos de grado medio en un proceso reivindicativo que duro tres años de 1976 a 1978 ²(cita). A partir de 1977, se inicia la formación universitaria con la denominación de Enfermería. Las Escuelas Universitarias de Enfermería comenzaron una nueva etapa en la que hubo profesorado enfermero que consolido la ley de reforma universitaria (LRU: 1984) nuevos planes de estudios y, por tanto, nuevas asignaturas, como *la Salud Pública y Fundamentos de Enfermería*, lo que permitió formar profesionales en el ámbito comunitario con una visión integral de la salud.

La llegada de la democracia a España, dio paso a cambios políticos que introdujeron Reformas Sanitarias que influyeron en la profesión de enfermería. En 1984, la publicación del Real Decreto sobre Estructuras Básicas de Salud (Real Decreto 137/1984 de 11 de Enero y más tarde con la Ley General de Sanidad de 1986, dieron a las enfermeras competencias para trabajar como agentes de salud en la comunidad y establecieron, institucionalmente, toda una red de servicios de enfermería comunitaria. Se creó la figura de la Enfermera de Equipo de Atención Primaria, integrando en ella las actividades de sanidad preventiva y las asistenciales. Esto trajo un cambio en la organización del trabajo y, por tanto, de gestión del cuidado, intentando completarlo con la modalidad laboral por actividades o tareas. Las enfermeras ocuparon las plazas de Atención Primaria con ilusión, pero la única referencia que existía de formación reglada de enfermería comunitaria había sido las enfermeras visitadoras de la época de la República, que consiguieron un importante grado de desarrollo.

Tras veinticinco años de la reforma, se estima que hoy trabajan en Atención Primaria unas 39.000 enfermeras³. Su desarrollo profesional ha ido evolucionando acorde con las demandas de cuidados de la sociedad, que cada vez exige mayores competencias profesionales, dado el carácter específico que se le confiere a este tipo de trabajo (el contacto directo con la población en su medio habitual de vida), donde no solo hay que atender a las situaciones de enfermedad, si no que se deben conocer bien los determinantes socio-ambientales que pueden repercutir de forma negativa en la salud de los ciudadanos. Además, se ha de tener en cuenta que, estos profesionales, en numerosas ocasiones, son el primer contacto con el ciudadano que requiere asistencia sanitaria y ello conlleva desarrollar un elevado nivel de competencia.

Organizaciones internacionales como la OMS, proclaman la existencia de una figura de enfermería que desarrolle su labor en Atención Primaria. Así lo planteó en el documento Salud 21:

“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”.⁴

Desde los inicios de la reforma sanitaria, se consideró pertinente mejorar la formación en este ámbito del conocimiento enfermero con la intención de mejorar la calidad asistencial. En 1987 se publicó un primer decreto en el que se definía cómo había de ser la formación especializada (Decreto 992 de Julio de 1987). Dicho decreto fue reformado en varias ocasiones hasta llegar al que le otorgó a esta actividad especializada la denominación de «Enfermería Familiar y Comunitaria» (Real Decreto 450/2005 de 22 de abril). La especialidad fue reconocida oficialmente en 2010, por lo que las primeras promociones de especialistas acaban de concluir su formación.

Nos planteamos investigar el significado que para la sociedad y el colectivo profesional tienen los cuidados de la Enfermera Comunitaria. Concretamente nos hemos planteado averiguar qué es lo que se considera que esta profesión proporciona de forma única a la sociedad, y si para los ciudadanos constituye un servicio indispensable.

Consideramos que el tiempo transcurrido es suficiente para poder realizar un análisis de la historia reciente de la Enfermería Comunitaria y ver cuál ha sido su evolución y los factores que han podido influir en su desarrollo hasta conseguir la especialidad.

Esta investigación sobre papel y consideración social de la Enfermería Comunitaria, se justifica porque consideramos importante indagar sobre la «posición social» de los profesionales. En una época de rápidas transformaciones sociales como la que vivimos, con grandes modificaciones en los servicios públicos, es necesario analizar cuál debe ser la verdadera razón de ser de los profesionales. Nuestro interés se ha centrado en la figura de la Enfermera Comunitaria, puesto que consideramos que es una profesión que presta un “servicio primordial a la sociedad”. Su identidad profesional, en ocasiones, no ha sido claramente definida. Por eso, creemos que es fundamental analizar detenidamente cuáles han sido las circunstancias históricas que han condicionado la evolución de su posición social, tanto de su «rol profesional» como de su «estatus social».

Como antecedentes principales de nuestra investigación, en los que nos hemos apoyado y a los cuales completa nuestra investigación, debemos mencionar los que han analizado la evolución de la enfermería comunitaria del posfranquismo, en especial, los pioneros como, José Siles González⁵ enfermero y doctor en Historia, profesor de la escuela de enfermería de la Universidad de Alicante. Encarna Gascón y Josep Bernabéu Mestre, profesora y Director/a de Departamento Enf. Comunitaria, Medicina Preventiva de la universidad de Alicante⁶. Concha Germán, enfermera, doctora y profesora titular de la Universidad de Zaragoza⁷ en la materia Enfermería Comunitaria. Eloísa Lagares Vallejo, profesora jubilada de la Escuela de Enfermería la Universidad de Sevilla, de 2008⁸, y Jorge Mínguez, Enfermero en el Centro de salud de Arnedo(La Rioja), profesor de Enfermería Comunitaria en la escuela Universitaria de Enfermería de La Rioja⁹. Los tres últimos analizaban diferentes aspectos de la institución profesional de la actividad laboral propia de la “enfermería comunitaria” y conversión en una “especialidad enfermera”. Siles analizó evolución de la Enfermería Comunitaria en el contexto de las coyunturas científicas (los paradigmas) valorando en cada momento la influencia de los factores políticos, sociales y económicos los diferentes. Germán y Mínguez hicieron una revisión histórica y analizaron los discursos de diferentes profesionales que habían participado y vivido la reforma. Lagares, por su parte, realizó un cuestionario con el fin de analizar cuáles eran las concepciones que tenían los usuarios sevillanos de «la enfermera» que trabaja en

Atención Primaria. En nuestro trabajo hemos pretendido obtener una visión global analizando los discursos tanto de los usuarios como de los profesionales, teniendo en cuenta o añadiendo al análisis la perspectiva de «género» y replanteando con mayor profundidad la noción y valor social del «cuidado». Es por ello que hemos elegido este periodo de estudio.

La presente Memoria de investigación está dividida en ocho capítulos. En el primero presentamos una síntesis de los antecedentes históricos de la enfermería comunitaria; en segundo se ofrece el marco teórico, una síntesis teórica de las diferentes conceptualizaciones del cuidado y del género, este último debido a ser tradicionalmente una profesión femenina. En el tercer capítulo se especifican los objetivos y las hipótesis de partida, unos supuestos que han guiado nuestra investigación. En el cuarto la metodología utilizada que contempla varios abordajes, por un lado: una revisión documental de los movimientos profesionales y asociativos que han impulsado el proceso de especialización llegando hasta lo logrado recientemente. La revisión de la producción científica, continuación de los trabajos realizado por otros historiadores antes citados; y una tercera parte donde se analizan los relatos de las entrevistas realizadas a usuarios y profesionales, verdaderos protagonistas del fenómeno de estudio.

En el quinto se presentan los resultados, siguiendo el esquema planteado en la metodología: 1. movimientos asociativos que han sido variados y activos. 2. Descripción y análisis de la producción científica habida entre el año 2005 y 2011, que completa el análisis de los 25 años de existencia de la profesión enfermera universitaria. 3. Análisis y debate de los relatos de vida de usuarios y profesionales. Para su análisis se describe el marco de referencia de la filósofa contemporánea Nancy Fraser, quien plantea la cuestión de las desigualdades (incluyendo la de género) en términos universales y propone como factores clave para su estudio: el reconocimiento, la redistribución y la representación. El sexto capítulo son las conclusiones y en el séptimo y octavo la bibliografía y los anexos respectivamente.

1.1. Antecedentes Históricos de la Enfermería Comunitaria en España

1.1.1. Época pre-profesional

En época prehistórica se tiende a pensar que, la escasez de alimentos, obligaba a hombres y mujeres a una búsqueda constante de manutención para su supervivencia. Este fue el objetivo del ser humano hasta la creación de los estados-nación, puesto que no existía el concepto de sistema sanitario, las personas serían cuidadas en el entorno del hogar y seguramente la dedicación fue mayor en las mujeres por su importante papel en la reproducción y crianza.

El cristianismo estableció normas de comportamiento que han llegado hasta nuestros días y han influido en las formas en las que más tarde se desarrolló la enfermería caritativa. La doctrina cristiana favoreció el desarrollo de modelos femeninos que imponía a las mujeres ser sumisas al hombre, a la vez que introdujeron el concepto de caridad, de gran relevancia en el cuidado desarrollado por las órdenes religiosas católicas. Pronto aparecieron las primeras órdenes de mujeres, que se convirtieron en expresión de los deseos filantrópicos y vocacionales, entre ellas las diaconisas y las viudas, a las que más tarde se incorporaron las vírgenes, las presbíteras, las canónigas y las monjas, aunque sólo las diaconisas y las monjas se dedicaban a la enfermería. La diaconisa primitiva podía estar casada, ser viuda o virgen. Ya en el año 60 de nuestra era, Febe fue reconocida como la primera diaconisa y la primera enfermera visitadora, siendo la única diaconisa a quien menciona San Pablo en el Nuevo Testamento¹⁰.

Durante la Edad Media, la mayoría de la población eran campesinos analfabetos, las mujeres se dedicaban a cuidar a los hijos y a la familia, y también trabajaban el huerto y ayudaban al marido en el campo. Una ocupación importante para las mujeres pobres era la de nodriza, las mejores nodrizas tenían una gran demanda entre las familias acomodadas. En el siglo XII, en Europa, las beguinas, consideradas las precursoras de la enfermería comunitaria (en España se las denominó beatas)¹¹ fueron mujeres que sabían leer y escribir y querían vivir libremente en grupos de 3 ó 4 ganándose la vida cuidando enfermos en sus casas, por lo que se las considera pioneras de la enfermería domiciliar. También trabajaron en la artesanía textil tejiendo y cosiendo, en los hospitales de pobres como enfermeras, en el copiado y miniado de manuscritos y en la enseñanza de las niñas. Las beguinas pertenecieron a la clase media y

popular de las ciudades, aunque hubo aristócratas y campesinas. Formaron un movimiento internacional, escribieron y realizaron abundantes y largos viajes de los que hay numerosos testimonios en la Península Ibérica.

En esta época medieval, a las mujeres ejercían el oficio de comadronas para poder trabajar, las jerarquías médicas y eclesiásticas les obligaban a pasar un examen al femenino oficio de comadrona, lo que propició que surgieran denuncias contra ellas, basadas en el hecho de no cumplir con los requisitos legales para ejercer el oficio. Surgió una competencia entre las comadronas y los cirujanos, que intentaban desplazar a las mujeres¹², e incluso se las acusó de brujería.

En el siglo XVII fueron las hermanas de la caridad de San Vicente de Paul (1576-1660), las que fundaron una cofradía que contemplaba la atención a domicilio de los enfermos pobres y, también las Hermanas Siervas de Jesús, que se asentaron tanto en Bilbao como en Gijón¹³. En España, los cuidados institucionales estuvieron mayoritariamente a cargo de religiosas/os, hasta bien avanzado el siglo XX.

I.1.2. Profesionalización y primera especialización

Durante el siglo XIX, diversas órdenes religiosas se dedicaron al cuidado de enfermos en el domicilio. Desde el campo seglar fue Concepción Arenal la que propuso la figura de "la enfermera de pobres" como un oficio para mujeres y sentó las bases de lo que sería la profesionalización de enfermería. Por eso ha sido considerada como la precursora de la visitadora sanitaria en España¹⁴. Ella planteaba la necesidad de realizar atención de cuidados a domicilio desde un punto de vista higienista, porque se evitaban los perjuicios físicos de los hospitales, tales como el aire viciado, y mejoraba el ánimo de la persona enferma al estar en su "propio" ambiente¹⁵.

En el contexto internacional, en Inglaterra, Florence Nightingale fue la pionera en organizar la formación de enfermeras para atender a los enfermos en sus domicilios, en 1860, su programa de formación contenía temas de prevención, salud mental, higiene de la familia y comunidad; planteaba a la enfermera como promotora de la salud en la comunidad. Nightingale junto con W. Rathbone elaboraron los primeros documentos de salud pública¹⁶.

De igual forma luchó por mejorar la situación de los pobres y de las mujeres. Su modelo de enseñanza tuvo repercusión a nivel mundial.

De finales del siglo XIX a principios del XX, durante el periodo que va desde el final de la Restauración hasta poco después de la Guerra Civil, España fue un país atrasado con respecto a Europa. Fue un periodo en el que se produjeron acontecimientos políticos y sociales muy relevantes que desembocaron en la dictadura de Primo de Rivera (1923-1930) y posteriormente en la II República (1931-1939)¹⁷

La cultura existente seguía con unos roles rígidos difíciles de trascender, sostenidos por la religión católica más conservadora, que impedían a la mujer el acceso a la educación y a la participación en el poder civil, dificultando la posibilidad de mejorar las condiciones de la asistencia. Las leyes contemplaban la figura de un practicante que atendía a enfermos pobres en su misma casa, y administraba socorros y medicamentos necesarios¹⁸. La legislación fue modificándose y llegó a valorar que esta figura estuviese presente en todos los pueblos que tenían junta municipal¹⁹.

En las zonas rurales existían barberos y sangradores que, desde 1857 y con la “Ley de Base para la Institución Pública” denominada “Ley Moyano”, se convirtieron en lo que más tarde serían los Practicantes. Esta ley reguló todas las profesiones sanitarias en España y, en base a ella, el 21 de noviembre de 1861 se publicó el Reglamento para la Enseñanza de Practicantes y Matronas. El practicante sería el que sustituyera al cirujano menor y al barbero sangrador, al que se le atribuyeron tres funciones fundamentales calificadas como “ARTES” en sus planes de estudio: callistas, dentistas y asistentes a partos²⁰. En la Universidad de Zaragoza los que ejercían estas profesiones eran hombres, aunque según Isabel Blázquez Ornat²¹ no está claro que hubiese alguna prohibición normativa para que las mujeres accediesen a estos estudios, normalmente. En 1904, se publicó un Real Decreto²² que explícitamente permitió a las mujeres acceder a dicho título. Carmen González Cantalejo²³, en su trabajo sobre las cuidadoras, menciona que en Almería, entre 1872 y 1920, hubo contratadas en esa provincia 32 mujeres que ejercían como practicantas, enfermeras y comadronas. Aunque no especifica el número de cada una de ellas, si cita expresamente que, además de trabajar en la maternidad, acudían a los domicilios de los barrios más humildes.

En el aspecto sanitario, en 1904, la promulgación de la ley de Instrucción General de Sanidad permitió sentar las bases de la nueva administración sanitaria, que tendría influencia en años posteriores²⁴. En 1925, durante la dictadura de Primo de Rivera, se obligó a las Diputaciones a crear y mantener un Instituto de Higiene, el cual se encargaría de realizar servicios de carácter higiénico, sanitario y social en la circunscripción provincial. Pero la mayoría de las Diputaciones no consiguieron ponerlos en marcha y, en las provincias, que si lo hicieron, se limitaron a actuaciones estrictamente «sanitarias» de «campañas de prevención y defensa contra las enfermedades evitables²⁵».

El nuevo gobierno de la II República intentó implantar importantes reformas sociales en sectores tales como Agricultura, Educación y Sanidad. De igual forma, la situación de la mujer, social y civilmente hablando, avanzó a raíz de la Constitución de 1931 y las leyes promulgadas a su amparo. Se eliminaron privilegios reconocidos hasta ese momento exclusivamente a los hombres, se reguló el acceso a cargos públicos, el derecho al voto de las mujeres, se reconocieron derechos de familia (matrimonio civil; derecho de las mujeres a tener la patria potestad de los hijos; supresión del delito de adulterio aplicado hasta entonces solo a las mujeres; ley del divorcio por mutuo acuerdo...). Se reguló el trabajo femenino, se protegió la maternidad a través del establecimiento del Seguro Obligatorio de Maternidad y se aprobó la equiparación salarial de ambos sexos.

En el ámbito de la Educación se permitieron las escuelas mixtas y la coeducación, se eliminaron las asignaturas domésticas y religiosas y se crearon escuelas nocturnas para trabajadoras. Según los expertos, se elaboró el mejor Plan Profesional para los maestros que ha existido en nuestra historia²⁶, mejorando notablemente la formación de los maestros. Se redujo significativamente el analfabetismo, en especial el femenino. En Cataluña, se llegó más lejos e incluso se permitió la dispensación de anticonceptivos, se despenalizó y legalizó el aborto, se decretó la abolición de la prostitución reglamentada y se prohibió contratar a mujeres en trabajos considerados como peligrosos o duros²⁷.

En Sanidad se inició un proceso de renovación del sistema sanitario, con un considerable aumento del gasto y con un claro enfoque preventivo²⁸. Hubo un intento de dotar a la sanidad pública de un principio de equidad, poniéndola al alcance de todos los ciudadanos del Estado español, sobre todo en el medio rural. A pesar de sus contradicciones, los servicios sanitarios experimentaron un avance teórico y práctico inigualable hasta la fecha.

La principal novedad de este periodo sería la responsabilidad del Estado en la dirección y funcionamiento de la estructura sanitaria con la cooperación de los municipios. Se pusieron en marcha centros de prevención de higiene en las zonas rurales. Estos serían el primer eslabón de una estructura organizativa que tendría su cúspide en la Dirección General de Sanidad. Junto a la cooperación municipal, como condiciones para establecer los Centros primarios, era imprescindible la existencia de un Centro secundario próximo que le sirviera de apoyo y la presencia de un personal suficientemente cualificado al frente de los mismos. La propuesta, en este sentido, era que fuesen médicos locales los que dirigieran los establecimientos y, como personal fijo, se contemplaba que hubiera una Instructora de Sanidad, acompañándose personal auxiliar y de enfermería para los servicios de Tuberculosis, Maternología e Higiene infantil (en todos sus grados), lucha antivenérea, Odontología, Oftalmología y Otorrinolaringología y, para evitar duplicidades, en las localidades en que existan problemas de lucha sanitaria especial, atendidos ya por el Estado, como paludismo, tracoma, venéreo u otros, plantearon que incorporasen su organización al nuevo centro. La finalidad era ampliar la tarea asistencial y preventiva a la mayor parte de la población.

Una de las principales limitaciones con las que se encontraron para hacer las diferentes reformas era la falta de profesionales capaces de llevarlas a cabo. Con el objeto de paliar tales deficiencias se pusieron en marcha medidas que impulsaron la Enfermería de Salud pública²⁹.

La Enfermera Comunitaria en la II República y la formación de las Enfermeras Visitadoras

En 1923 se creó en España la primera Escuela Nacional de Puericultura y, en un reglamento posterior de 1925, se contempló la necesidad de crear una escuela para la especialización de enfermeras de salud pública. En Octubre de 1926, se iniciaron las primeras promociones para las Visitadoras Puericultoras.³⁰ Entre 1931-33, Marcelino Pascua, Director General de Sanidad, impulsó la salud pública, consciente de que hacían falta médicos y enfermeras capacitadas, solicitó, en el convenio de colaboración con la Fundación Rockefeller, la formación de las enfermeras.

Las enfermeras formadas en Yale University

En 1922 la Fundación Rockefeller firmó un convenio con el gobierno español, para la formación posgraduada de aquellos que, en sus países de origen, debían hacerse cargo de la dirección de la administración sanitaria y la docencia, de los futuros profesionales sanitarios.³¹ En 1931 visitó España la enfermera Elisabeth Crowel, cuyo informe, sobre la necesidad de formar enfermera docentes, fue determinante para la profesionalización de la figura de la enfermera visitadora. La Fundación Rockefeller contribuyó a la formación del futuro profesorado de la primera escuela de Enfermeras Visitadoras mediante la concesión de bolsas de estudio para cursar estudios de posgrado en salud pública, en la Yale University School, a 14 enfermeras entre 1931 y 1936. Fueron becadas las enfermeras: Isabel Rodríguez, Montserrat Ripoll, (que posteriormente sería la primera directora de la Escuela Nacional de Enfermeras de Venezuela que a su vuelta estuvo al frente de la Escuela de Enfermeras de la Generalitat de Catalunya; Aurora Más Gaminde (que sustituyó a Ripoll en la dirección de la Escuela Nacional de Enfermeras de Venezuela)³², M^a Luisa Caperochipi, que trabajaba en el dispensario antituberculoso de Valdecilla; M^a Rosa Bastarreche, recién titulada, Encarnación Luque, maestra de formación y enfermera desde 1929, que ocupaba el cargo de secretaria del Comité Central de Cruz Roja Española, y Purificación Canosa y Blanca Bermuda, que contaban con experiencia docente en la Escuela de Santa Madrona de Barcelona y la Escuela Nacional de Puericultura de Madrid, respectivamente; en 1933, Rosario Gaminde y Paulina Celia Pereg i Adalia, que procedían del dispensario antituberculoso de Bilbao, Manolita Ricart, Caridad Gutiérrez y María San Juan, que acababan de finalizar sus estudios como enfermeras. Este fue el inicio del desarrollo de la Enfermería de carácter laico. Posiblemente para la enfermería comunitaria este fue el inicio de su edad dorada³³.

En 1932, la Escuela de Sanidad se modificó porque debía de cumplir una triple función: Escuela Técnica, Instituto de Higiene y Centro de Investigación. Para ingresar en esta escuela se exigía tener realizado el bachillerato y se estudiaba, entre otras materias, epidemiología y lengua francesa.

La enfermera visitadora logró un alto grado de institucionalización y de organización, que culminó en la creación de la Asociación Profesional de Visitadoras Sanitarias (APVS), cuya presidenta fue Mercedes Milá. En marzo de 1934, pusieron en marcha la revista "La Visitadora Sanitaria"³⁴, que recogía numerosas inquietudes sociales y profesionales, publicaron cinco

números, entre 1934-1935. Entre sus propósitos declaraban: a) fomentar las actividades encaminadas a mejorar la salud pública; b) mejorar la formación técnica de las enfermeras; c) apoyar a los poderes públicos para el progreso de la profesión³⁵.

En 1935 se fundó la Escuela Nacional de Enfermeras Sanitarias y de Asistencia Pública,³⁶ era una especialidad dentro de la enfermería que creó puestos de trabajo específicos. Sus actividades consistían en la visita domiciliaria; la educación de la comunidad, inculcando hábitos saludables; la investigación, por lo que necesitaban una formación de postgrado adecuada. Se establecieron modificaciones de relevancia en las carreras de practicante y matronas, integrándolos en el cuerpo de practicantes de asistencia pública domiciliaria y matronas titulares municipales. En aquel momento se formaron las primeras iniciativas de especialización en enfermería de salud pública³⁷.

Las enfermeras, en estos años tuvieron un importante papel en las políticas sanitarias de promoción, fueron las que aportaban cercanía con la población, accesibilidad y enfoque humano; por ejemplo, entendían la puericultura desde la prestación de cuidados y el fomento de la autonomía familiar. Entre las funciones que desarrollaban se incluían actividades de vigilancia e intervención sobre las condiciones del entorno, colaboración en investigaciones sanitarias y aplicación de tratamientos médicos. En las consultas de los dispensarios de Higiene Infantil que el gobierno republicano puso en marcha, se realizaba la valoración inicial de los niños al llegar al centro, "*informándose brevemente de su estado para separar los sanos de los enfermos*". Su labor de promoción y de educación fue la que adquirió mayor relevancia al incidir en las cuestiones alimentarias e higiénicas.

En 1937, González Barrio, inspectora-secretaria de la Escuela de Instructoras de Sanidad, visitó las Escuelas de Visitadoras Sanitarias de Varsovia, Budapest, Lyon y Viena, con el propósito de conocer como se organizaba la formación de las enfermeras comunitarias. A su regreso, propuso el modelo de especialización diferenciada, sin embargo se optó por el modelo de especialista generalista polivalente propuesto por el doctor Pérez Mel con las siguientes condiciones: Internado; edad entre 18 y 35 años; tener el bachillerato o el magisterio o superar un examen equivalente de formación; los profesores de clases teóricas, debían ser médicos y las practicas serían supervisadas por enfermeras capacitadas³⁸. Poca influencia tuvieron las recomendaciones de la enfermera americana Crowel frente a la firme posición médica en una

España en guerra. Los avances y expectativas que se consiguieron en este periodo fueron truncados por el fallido golpe de estado de Franco que dio lugar a la guerra civil y el gobierno autócrata de Francisco Franco.

El declive de la Enfermería Comunitaria

El franquismo duró casi cuarenta años, desde otoño de 1936 hasta la muerte del dictador en el otoño de 1975. Durante este tiempo evolucionó pudiéndose diferenciar entre “una sucesión de franquismos”, aunque en lo esencial, el régimen, se caracterizó por ausencia de libertades políticas, culturales, laborales e individuales, caracterizándose por ser un período de poder unipersonal ejercido por el dictador, ya que acumuló todos los resortes del poder.

Fue un régimen antiliberal, antiparlamentario, antirrepublicano y antidemocrático. Suprimieron los partidos políticos. Solo existió el Movimiento Nacional, partido único surgido de la unión entre Falange y Carlismo siendo controlado y utilizado por el dictador para sus propósitos políticos. La Iglesia Católica tuvo una extraordinaria importancia, estando tan ligada al Régimen que, en ocasiones, era difícil diferenciar los límites de actuación pública entre Estado y la Iglesia. Entre las altas jerarquías del Régimen, estaban los grandes prelados. Se caracterizó por la unidad cultural y pensamiento único: el nacional-catolicismo, fuera del cual solo cabía la marginación social y la persecución política. Durante los cuarenta años de dictadura, el país experimentó importantes cambios en todos los aspectos: político, cultural, social y económico. Esta época se dividió en varias etapas³⁹: 1. Etapa azul o fascista (1939-1943). 2. Etapa de transición: del inmovilismo a las grandes transformaciones sociales (1944-1957). 3. Etapa de gran desarrollo económico y social (1958-1970). 4. Etapa de crisis política del régimen (1971-1975) (tardo-franquismo).

Etapa azul o fascista (1939-1943)

La fuerza política dominante durante el primer periodo fue la Falange. Tenía muchas similitudes con los otros partidos fascistas europeos. Al terminar la guerra civil, en 1939, por todo el país se extendió el sistema de represión instaurado durante la contienda en la zona

ocupada por los sublevados. Esta represión fue, incomparablemente, mayor de la que se produjo en Francia o Italia después de la Segunda guerra mundial. Hubo alrededor de 30.000 ejecuciones, en 1940 llegaron a haber unos 250.000 presos políticos, algunos de los cuales estuvieron presos hasta bien entrada la década de los cincuenta⁴⁰. El periodo franquista supuso un proceso de regresión y represión jurídica, ideológica y educativa, sufrida por la población general, afectando de forma específica a la población femenina. Se generalizó un discurso de fuerte contenido ideológico que suponía la marginación de la mujer. Las reivindicaciones sobre la presencia activa de la mujer en la esfera pública del periodo republicano fueron sustituidas por la vuelta al hogar, defendida por la tradición católica y el fascismo. La doctrina del franquismo inculcaba la inferioridad de las mujeres respecto al hombre, el cual tenía derecho a ejercer un poder casi total sobre ella. Este papel configuraba la identidad de las mujeres y cualquier reivindicación sobre la igualdad era condenada abiertamente.

La feminidad era entendida como sumisión, fragilidad y espíritu de sacrificio; conectaba a la perfección con el mensaje difundido por la Iglesia Católica y la Sección Femenina del Movimiento⁴¹. El fascismo femenino dio a la mujer lo que, desde el punto de vista de los hombres, era necesario según su condición: custodia de la casa y de los afectos, incitadora de obras nobles, consoladora en el dolor, “madre de nuestros hijos”⁴². Cualquier aspiración diferente iba contra su naturaleza y era pecado. De hecho, el franquismo dio rienda suelta a la teoría, según la cual, la mujer siente repugnancia por la abstracción e inclinación por la puericultura, la decoración y el arte. En términos económicos, España retrocedió a una situación similar a la que había en 1914. Programó una política económica autárquica basada en un rígido control de la actividad económica por parte del Estado. Los resultados fueron negativos y no consiguieron recuperar los niveles de producción industrial y agraria que había en 1935 hasta los años 50.

Sanidad y Enfermería

En esta etapa, podemos destacar que se empezó a desarrollar un sistema de Seguridad Social. En 1943 se creó el Seguro Obligatorio de Enfermedad y en años posteriores, los seguros de invalidez, accidentes laborales, paro y vejez. Pero la precaria situación en que vivía la población tuvo como consecuencia un alto índice de enfermedades, como la tuberculosis, y elevadas

tasas de mortalidad infantil por lo que se tuvieron que tomar medidas extraordinarias. Se realizaron campañas sanitarias antituberculosas, contra la malaria etc.; crearon sanatorios y dispensarios, así como los patronatos y cuestaciones, y en el caso de la lucha contra la mortalidad infantil, crearon centros como el de la “Gota de Leche”⁴³, consultorios de Lactantes o similares. Estas medidas estuvieron en vigor hasta que, en 1957, se extendieron al mundo rural los beneficios del Seguro Obligatorio de Enfermedad⁴⁴.

Las reformas sanitarias del régimen franquista significaron un cambio radical de concepción del abordaje de los cuidados enfermeros, y un importante retroceso para las enfermeras, sobre todo las de salud pública⁴⁵. La Escuela de Enfermeras Visitadoras se transformó en Escuela Nacional de Instructoras Sanitarias. Se impusieron nuevos valores para la enfermería, entendiéndola como una profesión que representaba aquellos valores que el Régimen asignaba a la población femenina. En la formación se potenció el concepto de control de la persona enferma y se relegaron los aspectos de promoción y protección de la salud⁴⁶.

En 1941 se creó una nueva figura de enfermera: la Instructora de Sanidad Polivalente. El cambio de denominación de visitadora a instructora representaba bien lo que se esperaba de estas profesionales. Detrás de un discurso higiénico y sanitario en torno a la maternidad y los deberes maternos, estaba en realidad la misión de adoctrinamiento de la población femenina española. Al contenido educativo y divulgador que tenía la visita domiciliaria durante el periodo republicano se añadieron otros objetivos, como fueron los de exaltar su vocación y su patriotismo. Por ello debían conocer bien las características de la población, no solo para obtener datos epidemiológicos, estadísticos y censales, sino que debían tener la habilidad de averiguar cuál era el estado social de la población, su disciplina y hasta su psicología. Era un sistema vinculado con el control y las normas de instrucción militar⁴⁷. Se trataba de aleccionar y proporcionar normas, políticas, ideológicas y religiosas⁴⁸. Para ello recibían una intensa formación religiosa de la fe católica, al igual que formación política, que era impartida por las monitoras de la Sección Femenina de Falange Española Tradicionalista y de las JONS.

En Enero de 1942, fundaron otra escuela, la del Cuerpo de Enfermeras de Falange Española y dentro de la misma, la titulación de Enfermeras Visitadoras Sociales, con contenidos similares a los de las instructoras sanitarias. Lo que se pretendía con esta nueva titulación era regularizar la situación de las personas que habían ejercido las funciones de enfermeras durante el período de guerra en el bando nacional y que no tenían ningún título⁴⁹.

Del inmovilismo a las primeras transformaciones (1944-1957).

Durante esta etapa, una nueva corriente católica fue alcanzando puestos de relieve en el Régimen: el Opus Dei, quienes terminarían teniendo un gran protagonismo con los llamados ministros tecnócratas. La política se orientó hacia un relevo generacional con una serie de programas con el fin de modernizar las estructuras sociales y económicas sin alterar la naturaleza autoritaria del Régimen.

En lo que se refiere a enfermería, en el año 1945, las tres profesiones sanitarias que eran consideradas auxiliares de la medicina, es decir, practicantes, enfermeras y matronas, se las integró en un único Colegio Profesional⁵⁰. Por primera vez, a las enfermeras se las situó en el mismo grupo que los practicantes y las matronas, aunque las regulaciones del Colegio Profesional se establecieron para cada profesión separadamente⁵¹, La Orden Ministerial establecía:

“La Enfermera es la auxiliar subalterna del médico, estando siempre a la orden de este, la Enfermera por sí sola no tiene facultades para desempeñar su cometido”. Una de las funciones de la Enfermera es la de tener la “facultad para realizar una asistencia de carácter familiar (alimentación, administración de medicamentos...) y, por lo tanto, la de “ayudar en las intervenciones quirúrgicas”⁵²

Además de las Instructoras Sanitarias y de las Visitadoras Sociales, existían otras profesionales que se ocupaban de contenidos propios de la enfermería de salud pública, que en muchos casos, no habían tenido formación específica. Estaban las Enfermeras del Patronato Antituberculoso, las Enfermeras Puericultoras del Estado, los Practicantes, las Enfermeras del Gran Hospital y Auxilio Social, dependientes de la Dirección General de Beneficencia (Ministerio de la Gobernación) y las Enfermeras de Higiene Escolar. Estas últimas formaban parte del Cuerpo Médico Escolar del Estado, sin olvidarnos de las Divulgadoras Rurales, las cuales coexistieron con los practicantes en las zonas rurales⁵³.

En esta etapa convergieron dos circunstancias que fueron determinantes para el futuro de la enfermería. Se creó el Instituto Nacional de Previsión (Seguridad Social Obligatoria), con lo que aumentó el número de asegurados y, por tanto, el Régimen tuvo que ampliar la red de asistencia sanitaria. Comenzó entonces un proceso expansivo que fue fomentado desde la red

de “la obra social del 18 de julio”, sobre todo en las aéreas quirúrgicas, los hospitales generales, provinciales y psiquiátricos (dependientes de las diputaciones). A la par se creó también una red de ambulatorios, en los que, médicos generales y especialistas, pasaban consulta dos horas al día y así aseguraban una cobertura mínima de asistencia a los trabajadores empleados. La red rural quedaba cubierta por los médicos y practicantes de Asistencia Pública Domiciliaria (APD).

El panorama sanitario se completaba con algunos centros dependientes de la Iglesia Católica y hospitales de “Beneficencia del Estado”, situados casi todos en Madrid. La red de hospitales clínicos era utilizada en la formación de estudiantes de medicina, mencionar que también existía una considerable red de hospitales militares (uno para cada ejército), y escasos centros privados, ubicados casi todos en Cataluña.

Mientras, en los estudios de enfermería se produjeron importantes cambios, en 1952 se instituyó la Comisión Central de Estudios de Enfermería y las Escuelas de Enfermeras, fueron reconocidas por el Ministerio de Educación pero, en realidad, la formación de estas enfermeras seguía basada en los planes de estudio de las escuelas de Falange Española⁵⁴.

La creación del Plan de Ayudante Técnico Sanitario -ATS-

En 1953 se unificaron los estudios de todas las Profesiones Auxiliares Sanitarias, agrupándolas en una única profesión; por lo que el Practicante, la Enfermera y la Matrona pasaron a denominarse Ayudante Técnico Sanitario, en adelante ATS. Las escuelas dependían académicamente de las facultades de Medicina. La formación estaba basada en la enfermedad, la tecnificación y la dependencia a la medicina. En su conceptualización, el ATS tenía una relación de subordinación, y debía estar sometido al médico a quien debía obedecer⁵⁵.

En el primer plan de estudios de ATS, se decía que las funciones del ATS eran: 1. Aplicar medicamentos, inyecciones o vacunas. 2. Auxiliar al médico en intervenciones de la cirugía y en las distintas especialidades. Realizar las curas de los operados. 3. Prestar asistencia inmediatamente en casos urgentes hasta la llegada del médico o titular superior de cirugía. 4.

Asistir a los partos normales. 5. Desempeñar aquellos puestos donde se exigiera el título de ATS⁵⁶.

El título de ATS fue un híbrido, un título intermedio entre los títulos universitarios y los títulos profesionales⁵⁷. Fue un cambio que no contentó a nadie, la oposición de las enfermeras fue fuerte⁵⁸. Su rango académico universitario era inespecífico, ya que las escuelas de enfermería estaban vinculadas a las facultades de medicina y eran equivalentes a Técnicos de Grado Medio, nivel que no se reflejaba en el salario.

Con este nuevo plan de estudios desapareció todo el enfoque de promoción y de prevención. En realidad supuso la ruptura definitiva del incipiente proceso de desarrollo que había llegado a tener durante el breve periodo que duró la II República. Si durante la República se vislumbraba la posibilidad de ir desarrollando un campo de competencias propio, sobre todo en el ámbito de la higiene pública, durante el franquismo el proceso se invirtió. Con el desarrollo de los hospitales aumentaron las necesidades de personal, muchos de ellos crearon sus propias escuelas de ATS. La gestión de las mismas generalmente recaía en las órdenes religiosas, que llegaron a formar un grupo de poder en connivencia con los catedráticos de medicina, los directivos de los servicios sanitarios y direcciones médicas hospitalarias⁵⁹. Concebían la profesión para que estuviera subordinada a la misión de servicio, de caridad cristiana. La enseñanza de la higiene fue sustituida por la labor técnica en los hospitales y la de auxiliar y secretaria del médico.

El aumento de la red hospitalaria supuso grandes avances en la formación de los especialistas médicos, en cambio, la calidad de la asistencia en los consultorios y ambulatorios no se potenció y llegó un momento en que era muy deficiente. Se desatendieron las acciones preventivas y primarias, hubo dejadez de instalaciones, tanto de consultorios como de ambulatorios de especialidades.

Etapa de gran desarrollo económico y social (1958-1970). Gran demanda de enfermeras

Las medidas aplicadas por los ministros “tecnócratas “ fueron las que, en 1959, pusieron en marcha un Plan de Estabilización, España estaba a punto de la bancarrota. Se redujo el excesivo gasto estatal y se produjo una progresiva desaparición de los controles del Gobierno

sobre las actividades económicas. Se produjo una tímida apertura de la economía española a los mercados exteriores, aumentando las facilidades para la realización de exportaciones.

En el periodo de 1957-1970, la población española pasó de 29.784.019 habitantes a 34.032.801. En diez años, el aumento de población había sido superior al que se había registrado en los veinte transcurridos entre 1940 y 1960, evaluado en sólo dos millones. Semejante modificación del ritmo de crecimiento demográfico fue debida, básicamente, a la disminución de los índices de mortalidad.

El desarrollo fue consecuencia de grandes motores económicos, que pueden ser calificados de exteriores: 1. El Turismo, que se convirtió en la primera industria nacional. Sus ingresos equilibraron la balanza de pagos. Produjo un incremento del sector terciario y transformó los hábitos culturales y las formas de vida de los españoles. 2. Las inversiones extranjeras, al capital foráneo lo atrajo la abundancia de mano de obra y un mercado en expansión. 3. Las migraciones tanto externas como internas, sus consecuencias económicas fueron positivas. Se mejoró la formación profesional de los emigrados. Las migraciones de los años 60 resultaron verdaderamente espectaculares. Se trataba de trabajadores que se trasladaron a los distintos países de Europa Occidental. Entre 1963 y 1973 salieron de España casi un millón de personas que iban a trabajar a Francia, Alemania y Suiza.

El gobierno realizó fuertes inversiones para el desarrollo industrial, sobre todo del norte del país, País Vasco y Cataluña, lo que dio lugar a las migraciones internas. Gran cantidad de españoles abandonaban su región de origen para ir a establecerse en zonas industrializadas. El desarrollo económico provocó transformaciones de todo tipo que socavaron los cimientos sobre los que se asentaba el Régimen.

La evolución española en aquellos momentos se concreta en cuatro puntos: 1. Se paso de una economía agraria a otra basada en la industria y los servicios, de a una sociedad rural a otra urbana. El éxodo rural contribuyó al cambio de mentalidad. 2. Se produjo una secularización de la sociedad, disminuyo el peso de la Iglesia sobre el comportamiento de la ciudadanía. 3. Hubo un aumento de las clases medias, lo que produjo a su vez un aumento significativo de los estudiantes universitarios y de secundaria y, 4. Un paulatino incremento de la mujer en el trabajo y en la educación.

Con el aumento de hospitales de la Seguridad Social en cada provincia, aumento la demanda de enfermeras y muchas estudiantes optaron por estudiar ATS. La formación permaneció sin muchas variaciones hasta comienzos de los setenta, las asignaturas eran las mismas que en Medicina, pero de menor extensión y entidad⁶⁰. España fue el único país del mundo donde, la profesión enfermera, perdió su denominación y, por lo tanto, en cierta forma, su identidad cuidadora. Durante décadas no se tuvieron en cuenta las recomendaciones de organismos como la OMS que, en 1966, había hecho unas recomendaciones a nivel internacional, con el fin de que las enfermeras planificasen los servicios a escala nacional y regional. Las Enfermeras anteriores de planes contemporáneos a practicantes y matronas no pudieron convalidar por ATS y tuvieron sueldos peor pagados, no tuvieron acceso a plazas de Asistencia Pública Domiciliaria (APD) y no pudieron realizar el ejercicio libre de la profesión. Esto tuvo consecuencias muy claras, en los ambulatorios las diferencias entre ATS masculinos y femeninos eran evidentes, las mujeres ATS hacían de secretarias del médico mientras que los ATS de cupo, los APD, solían ser hombres. Este hecho ha sido el que más ha contribuido a arraigar en el imaginario colectivo a idea de la ATS como secretaria del médico.

El tardo franquismo (1971 a 1975)

Los cambios producidos en los sesenta fueron incrementándose en la década siguiente. La guerra y la posguerra quedaban muy lejos, el país se había modernizado económica y socialmente y la nueva clase media y el proletariado industrial reclamaban espacios políticos más amplios y mayor libertad individual. Desde mediados de los sesenta se sucedieron las protestas contra el régimen, que no siempre estuvieron marcadas por los grupos políticos, sino que surgieron espontáneamente de la sociedad. La oposición al franquismo empezó con una oposición del catolicismo organizado, para luego continuar con la rebelión de los estudiantes y de ella pasar a la protesta obrera, que fue posterior pero tuvo una gran eficacia política. El escritor Nicolás Sartorius afirma que, la historiografía no ha reconocido suficientemente el papel que las movilizaciones sociales tuvieron en el proceso de transición hasta conseguir ganar la democracia⁶¹. En los años setenta, aún estando bajo una férrea dictadura, se organizaron más huelgas que en Francia. El mundo cultural era claramente antifranquista, los actores iniciaron una huelga sin precedentes; los medios universitarios realizaron un

movimiento de protesta generalizado, lo cual motivó el cierre temporal de algunas universidades, así como la destitución de algunos catedráticos.

En estos años fue habitual la demanda de enfermeras así como las movilizaciones de los profesionales sanitarios de los Médicos Internos y Residentes (MIR); las enfermeras apoyaron y participaron intensamente las movilizaciones⁶². El clima de agitación social iba creciendo en todo el país y así continuaría durante los siguientes años, incluso tras la muerte de Franco, ya que las reivindicaciones no se resolvían y los ciudadanos tenían cada vez más conciencia de sus derechos y libertades.

A mediados de los setenta, se sucedieron una serie de acontecimientos, como el escándalo MATEA y la posterior delegación de la presidencia del Gobierno a Carrero Blanco. Poco tiempo después, los gravísimos asesinatos de ETA, sobre todo el de Carrero Blanco, y la crisis por el caso Añoveros, pusieron en evidencia la vulnerabilidad del Régimen⁶³, al demostrar no tener capacidad de respuesta a las nuevas demandas de la sociedad. Finalmente, la debilidad física de Franco, acompañada de una lenta agonía, desembocó en su muerte el 20 de noviembre de 1975 y, con él, la desaparición del Régimen.

1.1.3. Primeros Programas de Enfermería Comunitaria Universitaria en la Transición Democrática.

Tras la muerte de Franco, tal y como estaba previsto en la ley de sucesión, asumió la Jefatura del Estado Juan Carlos I, que mostró su voluntad de instaurar en España un régimen democrático. Fue un proceso controlado desde la Jefatura del Estado, tras un pacto y acuerdo, tanto de los grupos franquistas, como de las fuerzas democráticas, que renunciaron a algunos de sus presupuestos en aras del consenso. El proceso de cambio político fue paralelo al cambio de mentalidad de la población y, esto hizo que, grandes sectores de la población apoyaran el cambio. Los primeros meses fueron de desconcierto y cruciales, pues estaba en juego el futuro democrático de España⁶⁴.

Desde finales del franquismo, había ido creciendo en la sociedad el espíritu de que la unión hace la fuerza, “*el pueblo unido jamás será vencido*”. Se crearon asociaciones de todo tipo, estudiantiles; comisiones de artistas; grupos de feministas; nacieron los primeros centros de

planificación familiar; comisiones para recuperar las fiestas y la cultura popular; grupos en defensa de diversas lenguas prohibidas. Entre todas las asociaciones destacaron las Asociaciones de vecinos (AAVV), que aglutinaban a la gente de los barrios, canalizando sus reivindicaciones locales comunes, al tiempo que se sumaban a la lucha democrática general⁶⁵. Los debates eran constantes y todo se decidía por consenso. En las empresas se generalizaron las reivindicaciones y las manifestaciones tomaron fuerza, dando lugar a huelgas en todos los sectores y en todas las provincias. A las reivindicaciones laborales se unieron las problemáticas sociales, como la falta de viviendas, de plazas escolares o de atención sanitaria y las políticas, debido a la estrecha relación existente entre éstas y el sindicalismo, fundamentalmente canalizadas a través de Comisiones Obreras y los movimientos de izquierdas, como el Partido Comunista.

El año 1975 fue muy conflictivo, los trabajadores de la sanidad llevaron a cabo una de las huelgas más importantes; alcanzó a gran número de hospitales, el detonante fueron las Órdenes Ministeriales de subida de salarios para el personal del Instituto Nacional de Previsión (INP), que acentuaban las diferencias estamentales, proponían entre 6.000 y 10.000 pesetas para los médicos y de 2.000 a 3.000 para MIR, enfermeras y auxiliares. La movilización de los MIR se había iniciado en 1974, rebrotando en 1975, una de sus reivindicaciones era una Medicina Social, influidos por las tendencias que venían del exterior y los informes de la OMS⁶⁶ tras las reuniones de los ministros de salud mundiales en Chile en 1972 y el del ministro canadiense, Marc Lalonde, en 1974. A demás, se dieron recogida de firmas y paros en los principales hospitales de Madrid.

Las Reformas Sanitarias: Adolfo Suarez y Felipe González

Las enfermeras participaron intensamente en las movilizaciones, tuvieron un papel muy destacado⁶⁷. Una crisis, larvada y contenida durante años, explotó al percibirse el contexto social menos amenazante, aunque todavía se vivía en pleno gobierno autárquico. Entre 1970 y 1976, la gran amenaza de inclusión de las escuelas de ATS en Formación Profesional, inquietaba a las profesionales.

El logro de la Enfermería Universitaria

Durante 1976- 1978 se produjeron grandes conflictos por lograr la enfermería universitaria y viejas reivindicaciones como la unificación colegial y el módulo 8 como Técnicos de Grado Medio. Fueron unos años intensos. Según Germán Bes, los años más vibrantes y fructíferos de la historia contemporánea de la profesión⁶⁸. Esta considera que hubo factores muy positivos que favorecieron estas circunstancias, como la gran cohesión del grupo, la especialización de hecho; la elevada demanda, el recambio generacional, las relaciones internacionales, un alto sentido de la ética y la responsabilidad y contar con líderes para dirigir el proceso. El sentimiento de que la profesión estaba paralizada desde hacía varias décadas, junto con el clima de cambio que vivía el país, contagió a las enfermeras que soñaban con que otro enfoque profesional era posible, quedaban pendientes muchas reivindicaciones.

El año 1977 fue un año clave para España y para la enfermería, gracias a las intensas movilizaciones y la presión de la Coordinadora Nacional, que logro que el 2 de abril se publicara una Orden Ministerial que obligaba la unificación colegial y produciéndose las primeras elecciones democráticas de los colegios profesionales unificados. En junio se celebraron las primeras elecciones democráticas tras cuarenta años de dictadura, en las que venció la Unión de Centro Democrático (UCD) de Adolfo Suárez. Y el 23 de julio se publicó el demandado Decreto de Escuelas Universitarias de Enfermería, vigente hasta el año 2008, que comenzaron los estudios de Grado.⁶⁹ La fuerte lucha de las enfermeras se vio recompensada con el objetivo conseguido del reconocimiento universitario. El apoyo que recibieron por parte de la Organización Mundial de la Salud OMS-⁷⁰ y la organización internacional del trabajo OIT, supuso el espaldarazo definitivo para que se aprobase el decreto de escuelas universitarias de enfermería.⁷¹

La OMS había sentado el precedente acerca del trabajo que debía realizar la enfermera en la comunidad. Planteaba una nueva visión en la que sus funciones serian prestar cuidados de fomento; prevención; mantenimiento; recuperación; rehabilitación y cuidados terminales fuera del hospital. Hacía referencia al personal de enfermería que presta sus servicios en el nivel asistencial primario, y allí donde se encuentre la comunidad de una manera natural, es decir en su barrio, lugar de trabajo, su hogar o la escuela. El mismo enfoque que seguiría más tarde la Organización Panamericana de Salud.

“La Enfermería Comunitaria debe de tener como sujeto a la comunidad global y sus acciones irán dirigidas a la población como un todo. En su ejercicio integrará 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 a 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. Asimismo, planifica y ejecuta acciones de prevención en sus tres niveles, incluyendo la atención primaria directa, y moviliza recursos individuales y colectivos de la comunidad 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 sus acciones sobre el sujeto de atención”⁷².

Estas influencias se notaron en España, y, en 1978 en el nuevo Consejo General de ATS comenzaron a funcionar comisiones de trabajo entre ellas la Comisión de Estudios que diseñaron los nuevos planes de estudio en los que recogieron el nuevo modelo de salud propuesto por la OMS. Las escuelas españolas comenzaron incluir en sus programas la asignatura de Salud Pública, también se incluyó Promoción y Educación para la Salud.

El nuevo gobierno comenzó a hacer reformas, siendo las más destacadas: en primer lugar, la creación del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social y posteriormente el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), seguido del importante acuerdo alcanzado entre 1977-1983 para poner en marcha el sistema de las autonomías, el acuerdo sobre la política económica y una tregua en las reivindicaciones sociales de los sindicatos dieron lugar a los Pactos de la Moncloa. En diciembre de 1978, la Constitución fue aprobada en referéndum, lo que implicaba: soberanía popular; sufragio universal; amplia declaración de derechos y libertades; división de poderes. En el Art 43.2 reconocía el deber del Estado de organizar y tutelar la salud pública a través de medidas y de prestaciones necesarias. Este derecho nos equiparaba al resto de países de Europa. En ese mismo año tuvo lugar, en Alma Ata, la primera conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, en la que se pretendía sentar las bases para la construcción de un nuevo sistema de salud que permitiera el ejercicio pleno del derecho a la salud.

En 1979, hubo nuevas elecciones que volvió a ganar la UCD, este gobierno solo duró dos años; los graves problemas en su propio partido y la presión social, obligaron a Suárez a dimitir. En el acto de investidura de su sucesor, Leopoldo Calvo Sotelo. El 23 de Febrero de 1981, se produjo un nuevo intento de golpe de estado por parte de militares reaccionarios, que pusieron en grave peligro a la incipiente democracia. Las dificultades de este gobierno hicieron que la UCD no fuera capaz de desarrollar los contenidos de la Constitución en relación a la sanidad pública.

En este tiempo, la práctica profesional de las enfermeras continuó siendo eminentemente hospitalaria, siendo las y los profesionales de los antiguos planes de estudios de ATS los que en la práctica enseñaban a las nuevas promociones de diplomadas. Para que las ATS pudieran convalidar su titulación con el nuevo de Diplomado Universitario de Enfermería se crearon unos cursos de nivelación, que fueron organizados por la Universidad de Educación a Distancia (UNED). Los planteamientos para las ATS eran totalmente nuevos. Entre el temario se incluyó un libro de Salud Pública en cuya elaboración participaron varias enfermeras⁷³. Los libros de la UNED del curso de nivelación fueron los primeros en los que las enfermeras eran sus autoras, ya que, anteriormente los libros publicados en España durante el plan ATS, sus autores eran médicos o enfermeros de obras norteamericanas.

En octubre de 1982 unas nuevas elecciones dieron la victoria al partido socialista, el sevillano Felipe González fue investido presidente del gobierno⁷⁴. La democracia se asentó definitivamente. El nuevo gobierno socialista emprendió nuevas reformas, propulsando un fuerte impulso al desarrollo del Estado de Bienestar, así como una distribución más equitativa de la renta, y al desarrollo de los servicios públicos. Se aprobó la Ley Orgánica del Derecho a la Educación (LODE, 1985), la ley de Reforma Universitaria (LRU, 1984), y la LOGSE, todas ellas supusieron un aumento de los niveles de escolarización en las Enseñanzas Medias y en la Universidad, además de ampliar la educación obligatoria hasta los 16 años. Establecieron un sistema universal de salud, abarcando a todos los ciudadanos. La influencia de Alma Ata se notó en España, en 1984, seis años después de celebrada la conferencia, el 11 de enero se publicó el RD de Estructuras Básicas de Salud y comenzó la reforma de la Atención Primaria de Salud⁷⁵.

En 1986, España entró en la comunidad europea y el 25 de abril se publicó en el BOE la nueva Ley de Sanidad⁷⁶. Fue la etapa en la que se profundizó en aspectos como la universalización de los servicios; la distribución equitativa; la solidaridad; la financiación pública; la integración

de recursos; la consideración de las políticas de prevención y promoción junto a asistencia y farmacia. El nuevo Sistema Nacional de Salud estaba basado en: universalización; financiación basada en impuestos generales; unificación de las redes de centros; normativa legislativa transferencial. La ley hacía hincapié en la necesidad de basar el sistema sanitario en la prevención y la promoción, señalando que, hacia ella, se orientaran fundamentalmente los medios del sistema sanitario, cuya piedra sería la Atención Primaria de Salud.

El sistema sanitario pasó a ser el sistema Nacional de salud (SNS), integrando a los distintos servicios Regionales de Salud de las CCAA y los servicios sanitarios del Estado. Supuso el nacimiento de administraciones autonómicas. Se configuraron las áreas de salud como marco de gestión descentralizada, de planificación y de actuación sanitaria a todos los niveles: promoción de la salud; prevención de la enfermedad; asistencia sanitaria y rehabilitación. Se pusieron en marcha los Centros de Salud y se abrieron también nuevos hospitales, preferentemente comarcales.

Para el desarrollo de la ley de sanidad la participación de las enfermeras era fundamental ya que, sin tener en cuenta la importancia de los cuidados y los autos cuidados, no sería factible mejorar la salud de la población. La enfermera comenzó a recuperar la incipiente relevancia que había tenido durante la etapa de la República y que perdió durante la Dictadura. Comenzó como una práctica dirigida a las colectividades y basada en acciones educativas en salud, de prevención y control de enfermedades en diferentes grupos poblacionales y sociales. Se siguieron las recomendaciones de la OMS en cuanto a las funciones que deberían desarrollar. Los cuidados de la EC debían tener como objetivo satisfacer las necesidades de salud de la población a lo largo del ciclo vital, con la participación del individuo; la enfermera, haciendo uso de sus conocimientos y métodos de enfermería, sería la que ayudaría al individuo, familia y comunidad a asumir sus responsabilidades. Se planteó como prioritario el trabajo con la comunidad promoviendo la participación de la misma en la resolución de problemas detectados (comités de salud), potenciando el autocuidado. Siendo la Educación para la Salud (EpS) un instrumento básico de su trabajo, se consideró la familia como su principal unidad de servicio.

El planteamiento acerca de que los problemas de salud en la comunidad debían abordarse desde la multicausalidad y desde la multidisciplinariedad conllevó que la EC debiera saber trabajar en equipo. Este estaría formado por médicos, enfermeras, asistentes sociales,

farmacéuticos, administrativas, veterinarios, que debían, coordinarse en aras de obtener mayores niveles de salud de la población.

El cambio de planteamiento teórico dio por supuesto que debía tener no solo conocimientos teóricos y de salud pública, sino también habilidades prácticas y sociales, las cuales debían integrarse en sus actividades diarias. A su vez, las enfermeras, debían adoptar un cambio de actitud, de manera que sus convicciones personales le permitiesen una relación satisfactoria con los demás para poder ejercer eficazmente el papel de facilitadora, impulsora y defensora de la salud de la población.

Su trabajo se planteó en dar atención directa a la población e iniciar los tratamientos que estuviesen entre sus competencias. Debía Vigilar el proceso de salud-enfermedad (Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, etc.) con elaboración de planes de cuidado. Mantener la vigilancia epidemiológica de la comunidad, tomar medidas pertinentes y mantener informada tanto a la comunidad como al sistema de salud. Capacitar e integrar a grupos tradicionales y voluntarios para su participación en los programas comunitarios de salud (interculturalidad). Capacitar al individuo, familia y comunidad para corresponsabilizarlos en el cuidado de su salud (autocuidado). Propiciar el mejoramiento del medio, el estado de salud de la población y el de la comunidad en general. Incorporar a los integrantes de la comunidad en la toma de decisiones en salud. Evaluar periódicamente los resultados de sus intervenciones. El desempeño de esta labor se planteó en cuatro modalidades de atención⁷⁷ por parte del personal de enfermería en los centros de salud: Consulta de enfermería, Atención a Domicilio, Trabajo en la comunidad, Servicios Comunes, que han alcanzado diferente nivel de desarrollo. Con todo esto, el gobierno socialista pretendió hacer un cambio radical de modelo sanitario, pasando de un modelo basado en la enfermedad a un modelo de salud.

1.2. A modo de Resumen de la Introducción

Hemos comenzado este capítulo introductorio, con la primera etapa pre profesional, describiendo los hitos más importantes de la enfermería como una actividad realizada en el ámbito privado por las mujeres y en el ámbito público por las órdenes religiosas.

En la segunda etapa profesional, se han descrito los hitos más importantes desde el siglo XIX hasta las primeras reformas democráticas españolas. En este largo periodo se destacan los estudios pioneros realizados en la actualidad en el ámbito académico de la Universidad de Zaragoza y el importante periodo de la IIª República con el nacimiento de las Enfermeras Visitadoras, primer intento del logro de la especialidad que hoy llamamos Enfermería Familiar y Comunitaria. Continúa con la compleja etapa franquista –denominación Ayudantes Técnicos Sanitarios- donde la figura enfermera queda desdibujada y sometida al arbitrio médico; y finaliza esta segunda etapa con el comienzo de la democracia que permite recuperar la denominación de Enfermería y la inclusión de la Enfermería de Salud Pública en los primeros planes de Estudio de 1978.

La tercera etapa profesional que se analiza en este capítulo son los comienzos de la enfermería comunitaria en los primeros centros de salud de las reformas de Adolfo Suarez y de Felipe González (1982). Es una etapa muy creativa donde se reinventa la enfermería comunitaria a partir de dar soluciones a los problemas de los usuarios de los nuevos centros de salud y bajo la filosofía de la OMS de Alma Atá. Estos primeros pasos unidos a la declaración de Otawa (conocida en España como la Carta de Otawa) van a ser decisivos para la creación del movimiento asociativo que influirá decisivamente en la creación de la especialidad, punto este que se estudia en la parte de resultados dado que comienza en el periodo de estudio de esta tesis.

1.3. Bibliografía

-
- 1 Anaya Cintas Francisca Definición de Enfermería Comunitaria. Disponible en: www.enfermeriacomunitaria.org/index.php?idioma=es&id_pagina=61 2004. (consultado el 10 de Junio de 2010).
 - 2 Germán Bes, Concha. La revolución de las Batas blancas. la enfermería española de 1976 a 1978. Ed. prensas de la Universidad de Zaragoza. Zaragoza, 2013.
 - 3 Ministerio de Sanidad, política social e igualdad. Informe sobre profesionales de cuidados de enfermería. Informe oferta – necesidad 2010 Disponible en: [2025.http://www.mspsi.gob.es/novedades/docs/Estudio_necesidades_enfermeria.pdf](http://www.mspsi.gob.es/novedades/docs/Estudio_necesidades_enfermeria.pdf). (Consultado el 12 de Mayo de 2013)
 - 4 OMS, Salud 21. Salud para todos en el siglo XXI. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1999
 5. Siles González J. Historia de la Enfermería Comunitaria en España. Un enfoque social, político, científico e ideológico de la evolución de los cuidados comunitarios. *Índex de Enfermería [Índex Enferm]* (edición digital) 1999; 24-25. Disponible en http://www.index-f.com/index-enfermeria/24-25revista/24-25_articulo_25-31.php (Consultado 12 de marzo de 2010)
 - 6 Bernabéu Mestre, Josep; Gascón Pérez, Encarna. Historia de la Enfermería de Salud Pública en España (1860-1977). Alicante: Publicaciones de la Universidad de Alicante, 1999. Disponible en: <http://publicaciones.ua.es/filespubli/pdf/LD84790851348542019.pdf>. (Consultado el: 12 de mayo de 2010)
 - 7 Germán Bes, Concha. Historia de la Institución de la Enfermería Universitaria. Tesis Doctoral. 2007: Publicaciones Universidad de Zaragoza, Zaragoza. Disponible en: <http://zaguan.unizar.es/record/4470>. (Consultado 3-10-2010)
 8. Lagares Vallejo, Eloísa. Percepción de las Actividades de enfermería en Atención Primaria. Tesis doctoral. Universidad de Sevilla 2008
 - 9 Mínguez Arias Jorge. La Cultura Enfermera: Análisis Antropológico de la Enfermería de Equipo de Atención Primaria en La Rioja. (ATS/DUE EAP) Universidad de Alicante 2011
 - 10 Sin Autor. Historia enfermería. Disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria5402-aproximacion2.htm> (Consultado el 14 de Marzo de 2013)
 - 11 Germán Bes, Concepción. Historia de la enfermería Comunitaria I Enfermeras visitadoras a instructoras sanitarias: *Temperamentum*. 2008, 4(8). Disponible en: <http://www.index-f.com/temperamentum/tn8/t0608.php>. Consultado el 14 de Abril de 2013
 - 228 Campo Guinea, María Juncal y cols. Mujeres que la historia no nombra. Ed. Ayuntamiento de Pamplona. Pamplona 2005 PP. 56
 - 13 Gómez Lopes, Luis I; Tomas Aznar, Concepción; Germán Bes Concepción; Moreno Aznar Luis: Enfermería de salud pública: Cap. 102. Pedrola Gil Medicina preventiva y Salud Publica 10 ed. Masson, Barcelona 2002.
 - 14 Ibidem Bernabéu Mestre Josep, Gascón Encarna. 1999, PP:9
 - 15 Urmeneta Marín, Ana. La llegada de las Siervas de María a Pamplona (1878) y el cuidado de enfermos en el domicilio Rev. *Pulso* 2002; dic. 32:8-9. Disponible en http://www.enfermerianavarra.org/actualidad/pulso_32.pdf. (Consultado el 5 de Marzo de 2013)
 - 16 Ramo Calero, Enrique. Enfermería Comunitaria Métodos y Técnicas. DAE, SL. 2da Ed., Madrid- España, 2002
 - 17 García Barrios, Silvia. Situación de la Sanidad Pública en España, desde la dictadura de Primo de Rivera hasta la dictadura de Francisco Franco. *Temperamentvm* 2011, 13. Disponible en <http://index-f.com/temperamentum/tn13/t7380.php>. (Consultado el 5 de Marzo de 2013)
 - 18 Ley General de Beneficencia en España. Madrid, 1822. Archivo de la Villa de Madrid. Sec. Secretaría.
 - 19 Beltrán Aguirre, Juan Luis. La atención primaria de salud en Navarra. Ed. Gobierno de Navarra. Burlada 1988. PP .45
 - 20 Cantero González, María Lourdes: La formación enfermera en la España de Franco: Manuales de enfermería durante el Nacional-Catolicismo (1945-1957) *Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología) Serie Trabajos Fin de Máster*. 2 (1): 187-254, 2010 ISSN: 1989-5305
 - 21 Blázquez Ornat, Isabel; Fernández Doctor, Asunción; Becerril Ramírez, Natalia; Subirón Valera, Ana Belén. Perfil de los primeros practicantes titulados en la Universidad de Zaragoza (1869-1879). *Temperamentvm* 2012, 15. Disponible en <http://www.index-f.com/temperamentum/tn15/t7827.php> (Consultado el 5 de Marzo de 2013)

-
- 22 Real Decreto del Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes de 10 de agosto. Gaceta de Madrid, nº 225, (12 de agosto de 1904). PP. 529.
- 23 González Cantalejo, Carmen. Las cuidadoras. Historia de las practicantes, matronas y enfermeras (1857-1936). Almería: Instituto de Estudios Almerienses; 2006.
- 24 Bernabéu Mestre, Josep; Gascón Pérez, Encarna. El papel de la enfermería en el desarrollo de la salud pública española (1923-1935): la visitadora sanitaria. DYNAMIS. Acta Hisp. Med. Sd. Hist. Illus., 15, 1995, 151-176.
- 25 Huertas Rafael. Política sanitaria: de la dictadura de Primo de Rivera a la II República. Rev. Esp. De Salud Pública 2000; 74;35-43
- 26 Moran Carmen: La educación en la II República .Disponible en:
http://www.upct.es/seeu/_as/divulgacion_cyt_09/Libro_Historia_Ciencia/web/mapa-centros/Educacion%20y%20II%20Republica.htm. (Consultado el 15 de marzo de 2013)
- 27 Sin Autor Las Mujeres en la II República española. Disponible en : <http://blog.educastur.es/correlavoz/2009/04/15/las-mujeres-en-la-ii-republica-espanola/>. Consultado el 14 de Marzo de 2013
- 28 Ibídem Huertas Rafael 2000; 74;37
- 29 Ibídem Bernabéu Mestre, Josep; Gascón Pérez Encarna. 1995, PP: 151-176.
- 30 El precedente en Europa habían sido las primeras escuelas de enfermeras que habían nacido en Francia, en 1900, en Anyot y Vercingetorix y la primera Escuela de enfermeras visitadoras se había fundado en París en 1914.
- 31 Rodríguez Ocaña Esteban. La intervención de la Fundación Rockefeller en la creación de la sanidad contemporánea en España. Rev. Esp. Salud Pública [revista en la Internet]. 2000 [citado 2014 Jul.05]; 74(mon): Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-5727200000600003&lng=es.
- 32 Vessuri Hebe M. C. Enfermería de salud pública, modernización y cooperación internacional: El proyecto de la Escuela Nacional de Enfermeras de Venezuela, 1936-1950. Hist. cienc. Saude-Manguinhos [serial on the Internet]. 2001 Dec [cited 2014 July 05]; 8(3): 507-539. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702001000400002&lng=en.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702001000400002>.
- 24 Pedraz Marcos, Azucena; Ramírez Schacke, Margarita; Otero Quintana, Cristina; Palmar Santos, Ana; Martín Robledo, Elena. La visitadora sanitaria. Órgano oficial de la Asociación Profesional de Visitadoras Sanitarias. Temperamentvm 2007, 6. Disponible en <http://www.index-f.com/temperamentum/tn6/t6466.php>. (Consultado 12-mayo -2012)
- 34 Pedraz Marcos, Azucena. La edad dorada de la enfermería española lección, leída en el acto académico en homenaje como profesora honoraria de doña M^a Victoria Antón Nardiz .Universidad autónoma de Madrid Dic. 2010 Disponible en : http://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/15/Conferencia._Homenaje_M%C2%AA_Victoria_Ant%C3%B3n-2.pdf (Consultado el 6 de Marzo de 2013)
- 35 Ibídem Josep Bernabéu Mestre y Encarna Gascón Pérez 1999,PP:93
- 36 Jorge Samitier, Pablo; Kolly Lerín, Estefanía. Progreso enfermero ligado a los avances sociales de la segunda república española. Temperamentvm 2009, 9. Disponible en <<http://www.index-f.com/temperamentum/tn9/t6955.php> (Consultado el : 10 de Marzo de 2013)
- 37 Ibídem Bernabéu Mestre, Josep; Gascón Pérez Encarna. 1999, PP: 47.
- 38 Ibídem Bernabeu Mestre, Josep; Gascón Pérez 1995, PP: 160
- 39 González Martínez, Carlos. La dictadura Franquista de 1939 a 1957. Disponible en:
<http://historiaencomentarios.wordpress.com/2011/04/25/el-franquismo-1939-1975/>(Consultado el 7 de Marzo de 2013)
- 40 Tusell Gómez, Javier; Egidio León, Ángeles; Martínez Segarra Rosa, Rivas Lara Lucia; García Queipo de Llano, Genoveva. La era de Franco (1939-1975) En Historia del mundo contemporáneo. Curso de acceso directo (U.N.E.D.) Ed. Universitas ,S.A. Madrid 2001
- 41 La Sección Femenina del Movimiento comprendía la FET (Falange Española Tradicionalista) y Las JONS (Juntas de Ofensiva Nacional Sindicalista)
- 42 Gómez Cuesta, Cristina. Entre la flecha y el altar: el adoctrinamiento femenino del franquismo. Cuadernos de Historia Contemporánea 2009, Vol. 31, 297-317
- 43 Cerrillo Rubio, M^a Inmaculada; Iruzubieta Barragán, Fco. Javier; Fandiño Pérez, Roberto G. Un siglo de la Gota de Leche. Arquitectura, sanidad y juventud Índex de Enfermería 2011; 20(1-2): 142-143

-
- 44 Garisoain, Victoria; Merino Raquel. Enfermería de salud pública en España y Navarra a lo largo del presente siglo. Disponible en <http://www.cfn Navarra.es/salud/anales/textos/vol20/n3/enferb.html>.(Consultado el 10 de Marzo de 2013)
- 45 Galiana Sánchez, M^a Eugenia; García Paramio, M^a Pilar; Bernabéu Mestre, Josep. De enfermeras a ayudantes técnicos sanitarios: el proceso de des institucionalización de la enfermería de salud pública durante el franquismo IX Congreso Nacional y IV Congreso Internacional de Historia de la Enfermería. Canarias, un puente hacia América: relaciones enfermeras en el contexto iberoamericano Las Palmas de Gran Canaria Universidad de Las Palmas de Gran Canaria ;2007
- 46 Ibídem Mínguez, Jorge. 2011 PP: 41
- 47 Blasco Herranz, Imaculada. Armas femeninas para la contrarrevolución: La Sección Femenina en Aragón (1936-1950), Málaga, Atenea/ Universidad de Málaga, 1999, pp. 105-106.
- 48 Bernabéu-Mestre Joseph. Madres y enfermeras. Demografía y salud en la política poblacionista del primer franquismo, 1939-1950. Revista de Demografía Histórica. 2002; 20(1):123-143.
- 49 Antón Solanas Isabel, Hallett Chef, Wakefield A. La influencia de la Guerra Civil sobre el desarrollo de la profesión de enfermería en España: su evolución a través de un siglo de historia. Temperamentvm 2005; 2. Disponible en <<http://www.index-f.com/temperamentum/tn2/t0124>.(Consultado el 14 de Abril de 2013)
- 50 Alberdi Castell, Rosa María, Arroyo Gordo M. Pilar, Mompert García M. Paz El desarrollo Histórico de los estudios de enfermería. En Conceptos de enfermería. Universidad Nacional a distancia .Madrid 1981 PP.20
- 51 Ibídem Blasco Herranz, Inmaculada. 1999, PP. 105
- 52 Ibídem Cantero González, M^a Lourdes. 2010 PP: 178
- 53 Ibidem Bernabeu Mestre, Gascón Encarna. 1999, PP: 25
- 54 Miró Bonet, Margalida; Gastaldo, Denise; Gallego Caminero, Gloria. Por qué somos como somos? discursos y relaciones de poder en la constitución de la identidad profesional de las enfermeras en España (1956-1976)Enferm Clínica. 2008; 18(1):24-34
- 55 Almansa Martínez, Pilar .La formación enfermera desde la sección femenina. Enfermería Global nº 7 noviembre 2005
- 56 Ibídem Cantero González, M^a Lourdes 2010, PP: 274
- 57 Ibídem. Cantero González, M^a Lourdes. 2010, PP:205
- 58 Galiana Sánchez, María Eugenia; García Paramio, María Pilar; Bernabéu Mestre, Josep. Luchando por la supervivencia: Primera Asamblea Nacional de Enfermeras (Madrid, 1959). Temperamentvm 2008, 8. Disponible en <<http://www.index-f.com/temperamentum/tn8/t6786.php> (Consultado el 12 de Abril de 2013)
- 59 Germán Bes, Concha; Grupo Walquiriae. La experiencia de las enfermeras en la Historia de la Sanidad Española durante el conflicto de junio de 1976.Temperamentvm 2010; 6(11).Disponible en: <http://www.index-f.com/temperamentum/tn6/t6786.php> el 13 de Marzo de 2013)
- 60 Ibidem Germán Bes, Concha, 2007. PP: 168
- 61 Sartorius Nicolás, Sabio Alberto. El final de la dictadura .la conquista de la democracia en España. Noviembre de 1975 Junio de 1977Ed. Temas de Hoy ,S.A Madrid 2007
- 62 Ibidem: Germán Bes, Concha 2010, PP: 11
- 63 Prego, Victoria. Así se hizo la transición .Ed. Plaza y Janes .Barcelona 1995
- 64 Ibídem: Sartorius Y sabio 2010, PP:15
- 65 García, Clara ¿Qué sabes de la transición? Ed. Mondadori. Madrid 1989
- 66 OMS. Enfermería y salud en la comunidad. Serie e informes técnicos ,558.Ginebra, OMS ,1974
- 67 Ibídem Sartorius y Sabio 2010, PP:109
- 68 Ibídem Germán Bes, Concha; 2010 PP: 11.
- 69 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.

70 Sánchez García, Ana María, Mazarrasa Alvear, Lucía; Merelles Tormo, Antón. Salud Pública y Enfermería Comunitaria. En Mazarrasa Lucía, Germán Concha, Sánchez Antonio y col. Salud pública y enfermería comunitaria. Ed. McGraw Hill Madrid 1996 .PP:59-85

71 Ibídem Germán Bes, Concha; 2010 PP: 11

72 OPS-OMS .Enseñanza de enfermería en salud comunitaria. Publicación científica, 332. Washington, DC OPS, 1976 definió cuales deberían de ser los objetivos de la Enfermería Comunitaria.

73 Ibídem Germán Bes 2007 PP.272

74 Sin Autor .Octubre de 1982-Victoria histórica del Partido Socialista. Disponible en: http://www.elhistoriador.com.ar/articulos/mundo/victoria_historica_del_partido_socialista.php. (Consultado el : 12 de Mayo de 2012)

75 Real Decreto 13/1984 de 11 de Enero sobre Estructuras Básicas de Salud

76 Jefatura del Estado. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE» núm. 102, de 29 de abril de 1986, PP:15207 a 15224

77 Del Pino Casado, Rafael; Frías Osuna, Antonio; Palomino Moral Pedro A. Organización funcional y modalidades de atención en enfermería comunitaria. En: Enfermería comunitaria Ed. Masson. Barcelona. 2000

II -Marco Teórico

II. Marco Teórico

En este capítulo se analizan los supuestos teóricos y categorías analíticas para el estudio de los cuidados y la Enfermería Comunitaria. Se hace una revisión de los aspectos filosóficos del cuidado, de las principales autoras nacionales e internacionales que nos ayudan a plantear cómo se conceptualiza y debe ser el cuidado de la Enfermera Comunitaria. Se revisan cuestiones de la ética del cuidado y por último se analiza como el género ha influido en la profesión enfermera.

II.1. El Cuidado y sus Conceptualizaciones

La enfermería es una profesión al servicio de una sociedad en permanente cambio, una sociedad que demanda profesionales muy cualificados en el nivel técnico y científico que a su vez han de saber transmitir calidez en el trato humano. Vamos a revisar las teorías que mejor se adaptan a nuestro contexto social y nuestra perspectiva humanística. Para ello, vamos a hacer un repaso de los principales autores que han teorizado sobre la enfermería y los cuidados y también las influencias que la perspectiva de género aporta al valor del cuidado, tanto en el ámbito de la familia como en la propia concepción ética del cuidado.

El cuidado es un tema de interés y estudio no solo por la enfermería, sino también por otras áreas del conocimiento como la antropología, la filosofía, la psicología o la medicina. Aunque según la enfermera brasileña Waldow, es en la enfermería donde el cuidado se concretiza y profesionaliza, pues incluye el privilegio de 'estar presente'⁷⁸. En la segunda mitad del siglo XX las enfermeras norteamericanas empezaron a estudiar y a teorizar sobre el tema del cuidado humano, y en la actualidad la comunidad científica de enfermería asume que el cuidado es la razón de ser de la profesión^{79, 80, 81}.

Cuando tratamos de entender el significado de 'cuidar', en primer lugar acudimos al diccionario donde descubrimos que proviene etimológicamente del latín Cogitare (pensar). Prestar atención, asistir a alguien. Cuidar algo o cuidarse de algo. Sus diferentes acepciones son: atender con solicitud o dedicar especial atención e interés (cuida de sus ancianos padres con todo su cariño). Prestar atención, vigilar (un enorme perro cuida de la casa). Preocuparse por uno mismo y vigilar el propio estado físico (cuídate que nos haces mucha falta)⁸². En el

diccionario María Moliner, nos mostró que el contexto de 'el cuidado al otro' es sinónimo de desvelo, entendido éste como la dedicación a alguien con mucha atención, esfuerzo por lograr el bienestar y que la cosa marche debidamente. Significaría "estar con la persona", "acompañar"⁸³.

II.1.1. Perspectivas filosóficas

El cuidado tiene una base filosófica y, desde muy antiguo, las culturas griegas, árabe y cristiana hablaban del tema del cuidado a los más débiles. En la época moderna, varios autores han abordado el tema, la mayoría inspirados en Heidegger y en su obra "El ser y el tiempo". Como enfermeras comunitarias nos parecen claves Leonardo Boff⁸⁴ y Torralba Rossello⁸⁵.

Leonardo Boff, filósofo, teólogo y pensador brasileño, ha dedicado parte de su extensa obra al tema. Indica que cuidar es el componente esencial humano, común e inherente a todas las personas; como imperativo moral sobre la dignidad y respeto, como un afecto, los sentimientos de compasión; o como una interacción interpersonal en el que comunicación, confianza, respeto y compromiso. 'Para este autor el ser humano es un ser de cuidado, todas las personas son capaces de cuidar, pero también necesitan ser cuidadas. En cada etapa de la vida, la gente necesita ser cuidada y desarrollada con más o menos capacidad para ello dependiendo de las circunstancias.

Es un proceso en el que intervienen varios aspectos como el medio ambiente, la cultura, la economía, la política y la religión, entre otros. Es *una actitud*. El cuidado de las personas, de las sociedades y de la naturaleza será la actitud más adecuada e imprescindible para la humanidad y la propia tierra⁸⁶. En su libro "El cuidado esencial, ética de lo humano"⁸⁷, explica la fábula de Higinio sobre el Mito del cuidado, diciendo en su frase final: "El cuidado fue el primero que moldeó al ser humano". Ahí es donde empezó la dedicación, la ternura, la devoción, el sentimiento y el corazón. Y esa responsabilidad creó y dio lugar a la preocupación, de la que se forman estas dimensiones, verdaderos principios constituyentes en la composición del ser humano. Se convirtió en carne y hueso. Sin tales dimensiones del cuidado, los seres humanos no serían humanos.

El cuidado no se agota en un acto que comienza y termina en sí mismo. El cuidado de las personas, de las sociedades y de la naturaleza será la actitud más adecuada e imprescindible para la humanidad y de la propia tierra. Plantea cuatro dimensiones de cuidado: A) *el desvelo*.

La solicitud, la tensión, la diligencia, el celo que se aplica a una persona o a un grupo u objeto que se estima. El cuidado demuestra que el otro tiene importancia, que se siente implicado en su vida y en su destino. B) *Preocupación*, inquietud, desasosiego y hasta sobresalto por la persona que es cuidada. C) Dispositivos de apoyo, de sostén y de protección sin los cuales el ser humano no podría vivir. D) *Precaución y prevención*, donde afirma que precaución es cuidado. Por lo que hay que tener en cuenta no solo el riesgo inminente, sino también los futuros derivados de iniciativas humanas para los cuales la ciencia no pueda asegurarnos el recibir daños (alimentos genéticamente modificados, manipulación del código genético, etc.). Por tanto, hay que ir con precaución porque no se pueden saber las consecuencias y reflejos que determinado acto, iniciativa o aplicación causarán en el medio ambiente, a la salud humana o al ecosistema.

El cuidado puede ir dirigido a uno mismo, a otros o al medio en el que vivimos. Según Boff, cuidar de sí mismo consiste en mirar uno por su propia salud y darse una buena vida. Esto implica acogerse a sí mismo, tal como se es, aceptando las capacidades y limitaciones que uno tiene. Exige saber combinar las aptitudes con las motivaciones, puesto que debe de haber un equilibrio entre ambas. Significa saber renunciar a tiempo, ir contra ciertas tendencias e incluso ponerse a prueba; saber elaborar un proyecto de vida que dé centralidad a estas dimensiones positivas y mantenerlas bajo control (sin llegar a reprimirlas). En definitiva consiste en acogerse, reconocer la vulnerabilidad, saber perdonar, desarrollar resistencia, que es la capacidad de dar la vuelta y aprender de los errores. Es preocuparse del modo de ser, vivimos en un mundo contradictorio y necesitamos saber enfocar el cuidado como preocupación por nuestro propio destino. Es cuidar de nuestros actos y de nuestras actitudes. Por ejemplo, algunas de éstas no solo pueden perjudicarnos a nosotros mismos, sino a los otros y también al medio ambiente. Con una perspectiva ecológica, como el uso de pesticidas y tóxicos, precaución en el uso de nuevas tecnologías como la nanotecnología. Superar los prejuicios en las relaciones y la falta de sintonía con los otros. Siempre vale la pena humanizar las relaciones.

Es cuidar de nuestras relaciones, de la amistad y del amor. Hay un cuidado especial en el amor a sí mismo y de preocupación sobre el sentido de la vida, que se realiza tanto en el ámbito de la amistad como en el del amor. Es reconocer la dimensión cósmica y espiritual. Considerar la vulnerabilidad y aceptar que el individuo al morir se integra en un todo mayor. De manera que

al morir, el todo garantiza la continuación de la especie humana y la evolución. El cuidado de nuestro propio cuerpo incluye saber escoger lo que comemos y bebemos.

Cuidar de otros, para Boff, significa una *preocupación* e inquietud por parte de la persona que provee el cuidado, haciendo que ella se sienta envuelta y ligada al otro afectivamente. Implica una capacidad de sentir como el otro, lo que impulsa a generar una ciencia con conciencia, dirigida hacia la vida, situación por la cual los significados que da el profesional de enfermería logran trascender entre otros. Boff, cuando referencia a Roach, dice que los momentos de realización del cuidado incluyen cinco C: compasión, competencia, confianza, conciencia y compromiso, concluyendo que el cuidado es nuestro modo de ser y que si dejamos de sentir, actuar y pensar, en términos de cuidado, dejamos de ser humanos⁸⁸.

Se trata de desarrollar la idea del “buen vivir”^{89,90} que consiste en otro modo de estar en la tierra. Es una ética de lo suficiente y de lo decente para toda la comunidad, y no solamente para cada individuo. Es una visión holística e integradora del ser humano, insertado en la comunidad terrenal, que incluye el aire, el agua, el suelo montes, lagos, árboles y animales. Es una búsqueda del equilibrio con el todo. Es un estar en el mundo con las cosas, estableciendo con ellas relaciones de interacción y también de producción de nuestra propia existencia dentro de los parámetros del cuidado y de la preocupación de preservar los bienes para nosotros y para las generaciones venideras. Es encontrar la justa medida, en saber comer y beber, dormir, trabajar, meditar (entrar en proceso de introspección), pensar, amar y dejarse amar, hablar bien, escuchar (con todo el cuerpo), saber soñar (todo comienza con un sueño), saber caminar, dar y recibir. Esto incluye la dieta, lo que comemos y bebemos. Viendo el comer no solo como un acto de nutrición, sino también como un rito de celebración y de comunión con los otros comensales y con los frutos de la generosidad de la Tierra. Es saber escoger los alimentos que hayan sido producidos de la forma más natural y menos dañina para la tierra. Aquí entraría el cuidado como amorosidad con uno mismo, es decir, una vida sana, y como precaución contra eventuales enfermedades que pueden sobrevenir por el aire, el agua o en general el medioambiente contaminado. Es cuidar del medio ambiente, pues es nuestra casa común. Tener la preocupación por garantizar la vitalidad de la Madre Tierra, base de nuestra vida, ella puede vivir sin nosotros pero nosotros no sin ella. Debemos considerar, entonces, la tierra como un todo vivo, sistémico en el cual toda forma parte del todo. Todas las partes son interdependientes y se encuentran relacionadas.

Para el filósofo Torralba Rosselló, cuidar puede referirse a atender objetos y cosas, pero en el contexto de la salud significa cuidar de personas. Para explicar lo que significa cuidar personas cita a Llano, que al igual que Boff, dice que cuidar es *una actitud* que atraviesa todas las dimensiones de la realidad humana. El cuidado comparece en todas las actitudes hondas y auténticas, es la preocupación primordial⁹¹. Manifiesta que los pensadores griegos utilizaron la palabra “epimeleia” para designar esta actitud, que se refiere a consideración y acción, de conocimiento y amor. Ésta no irrumpe agresivamente en la realidad, sino que la deja ser, la cultiva para que crezca.

El ser humano necesita cuidar de otro ser humano para desarrollar su humanidad, para crecer en el sentido ético del término. Pero, de la misma forma, necesita del cuidado de otros para alcanzar la plenitud, es decir, para superar barreras y dificultades de la vida humana⁹².

Para Torralba, el ejercicio de cuidar va más allá de su carácter prosaico y cotidiano, resultando fundamental para la subsistencia del género humano y que da lugar a siete puntos: el escrupuloso respeto de la autonomía del otro; el conocimiento y la comprensión de la circunstancia del sujeto cuidado; el análisis de sus necesidades. La capacidad de anticipación. El respeto y promoción de la identidad del sujeto cuidado. El autocuidado como garantía de un cuidado correcto. La vinculación empática con la vulnerabilidad del otro.

Basándose en Pelegrino, dice que cuidar en el ámbito de las profesiones sanitarias tiene cuatro sentidos. Cuidar como compasión. Es tener compasión por él, ponerse en su lugar. Es vivir lo que está viviendo, sufrir lo que está sufriendo... Un segundo sentido es la Ayuda a otro a realizar lo que no puede realizar por sí mismo. Es ayudarlo a ser autónomo para que pueda llegar a valerse por sí mismo y así realizar su propia vida. El tercero es invitar al paciente a transferir su responsabilidad al médico o a la enfermera. Es invitar, que no coaccionar, a confiar en el profesional, invitarle a dejarse ayudar y el cuarto y último es buscar su salud, velar por ella, por el restablecimiento integral, lo que supone poner todos los recursos técnicos y humanos al servicio del paciente. Es convertirlo en el centro de gravedad de la acción.

Cuidar de alguien es acompañarlo, caminar a su lado respetando su libertad para decidir el camino y el ritmo de su paso. No es, por tanto, privarle de su libertad, sino estar con él, caminar con él, ayudarlo, no someterle a pautas de conducta extrañas. Consiste en contribuir a la realización de su proyecto personal. Cuidar a alguien es ayudarlo a superar las experiencias

dolorosas. El acompañamiento es lo que hace soportable el sufrimiento, humanizando la tecnología.

La relación de cuidado es interpersonal, asimétrica y singular, pero no excluye el carácter comunitario, sino más bien al contrario, el aspecto comunitario del acompañamiento es clave para su desarrollo pleno. Asistir es un proceso singular, pero no aislado, ya que implica la cohesión y el trabajo en comunidad. Cuidar en comunidad se refiere a un conjunto de seres humanos coordinados alrededor de un eje central, unidos en torno a un núcleo. Torralba identifica este cuidado con el cuidar a un ser humano doliente, que es una tarea ardua y difícil y por ello precisa de colaboración entre diferentes personas.

II.1.2. *Conceptos desde la Enfermería*

El estudio de las teorías y modelos enfermero se comenzó a estudiar en España a final de los años setenta con motivo del programa Universitario de la Diplomatura de Enfermería⁹³. Conocemos bien las teorías desarrolladas por las enfermeras norteamericanas (véase el libro de Teorías y modelos de Marriner), el del canadiense Dorotea Orem o los de las europeas Marie Françoise Collière y Rossette Poletti). Nos interesan las conceptualizaciones que hicieron enfermeras tan clásicas como Florence Nightingale⁹⁴, Hildegard Peplau, Virginia Henderson, Marie Françoise Collière⁹⁵, Poletti⁹⁶, Dorotea Orem⁹⁷, Jean Watson, Madeleine Leininger o las más vanguardistas como Vera Regina Waldow⁹⁸, Tobón Correa⁹⁹, Teresa Piulachs y Concha Germán.

En nuestro breve repaso por las enfermeras teóricas, se debe citar a Florence Nightingale, considerada por algunos como pionera de la enfermería moderna que dio origen a la etapa profesional de la enfermería. Algunas de las ideas de la británica siguen vigentes aún hoy en día, a pesar de que fueron formuladas en 1859 y años posteriores. Como teórica de la enfermería, supo aplicar sus conocimientos al estudio de la realidad, en concreto, al cuidado de la salud de las personas¹⁰⁰. Escribió más de doscientas obras, la más divulgativa, universal y la única que ha sido traducida al castellano fue "Notas sobre Enfermería. Qué es y qué no es"¹⁰¹. Opinaba que la enfermedad era un proceso de reparación y que las funciones de la enfermera consistían en manipular el entorno del paciente para facilitar este proceso: "Toda

enfermedad, en algún momento de su curso, es más o menos un proceso reparador, no necesariamente acompañado de sufrimiento. Un esfuerzo de la naturaleza para remediar un proceso de envenenamiento o de deterioro, que ha tenido lugar semanas, meses, algunas veces años, antes, pasando inadvertido. Ocurriendo, pues, la terminación de la enfermedad mientras se realizaba el proceso anterior”.

Pioneras Europeas

Para Florence Nigthingale, las condiciones ambientales y sociales influyen en la salud. Aunque no se adscribió a la teoría microbiana, estaba convencida de que una manipulación apropiada del ambiente físico del enfermo podía servir para prevenir enfermedades. En esto coincide con otros teóricos¹⁰² de la salud actuales, que también defienden la influencia de los determinantes sociales y ambientales en los procesos de las enfermedades del siglo XXI. En sus escritos, Nigthingale dejó claros sus conceptos sobre cómo debía ser de la ventilación, el calor, la luz, la dieta, la limpieza y ruido, todos ellos componentes del medio físico.

Consideraba que la función de la enfermera era favorecer la participación del paciente en las tareas de autocuidado, que ésta debía de actuar tanto en nivel preventivo, como de rehabilitación y, sobre todo, destacó la importancia de la enfermera en el proceso de restauración al colocar al paciente en condiciones para que la naturaleza actúe sobre él, a través de la promoción de un ambiente en el cual puedan ser cuidados los unos por los otros. La enfermería no sólo sería un cúmulo de conocimientos, sino también un arte cuyo centro de interés es la constante búsqueda de la salud, previniendo la aparición de enfermedades o en la recuperación de ella. Así, el principal papel de la enfermera sería el de ayudar al enfermo a mantener sus fuerzas vitales, con el fin de prevenir la enfermedad, resistirla o recuperarse de ella, utilizando los recursos de la naturaleza. Destaca que el centro de todo esto debe de ser la persona, considerándola como un todo más allá del órgano enfermo¹⁰³.

Desde el punto de vista de la enfermería comunitaria, debemos destacar que otra de sus aportaciones fue la importancia que le dio a la necesidad de la atención domiciliaria, considerando que las enfermeras también debían de prestar sus servicios en la atención a domicilio y enseñar a los enfermos y a sus familiares a ayudarse a sí mismos para conseguir mantener su independencia.

Además, nos interesa recordar el pensamiento de la enfermera suiza Rosette Poletti que, en 1980, publicó en España su libro: “Cuidados de enfermería. Tendencias y conceptos actuales”¹⁰⁴. Éste fue el primer libro que se editaba en nuestro país sobre la teoría y modelos de enfermería en ese momento, posteriormente vendrían las obras de autoras norteamericanas que suelen ser más citadas. Consideraba que la enfermería ha sido un arte y una práctica basada en unos principios científicos y técnicos biomédicos que, desde hace varias décadas, tiene la necesidad de reducir su dependencia conceptual para desarrollar un marco teórico propio.

Otra de las grandes referentes europeas ha sido la enfermera francesa María Françoise Collière. Su libro “Promover la vida” ha sido una obra imprescindible. Para ella, cuidar consiste en “desarrollar las capacidades de vivir, sin las cuales no sería posible existir (los cuidados son dados con el fin de despertar la vida, desarrollarla)”. Es acompañar y descubrir lo que los hombres y las mujeres no pueden hacer por sí mismos debido a que no han desarrollado tal capacidad¹⁰⁵.

Pioneras Norteamericanas

Pero, como hemos comentado, fueron las enfermeras estadounidenses las que primero comenzaron a teorizar sobre el tema. En 1952, Hildegard Peplau planteó que era necesario un cambio en la perspectiva de la disciplina enfermera en la sociedad, reconociendo la ciencia de ésta como una ciencia humana, desde una perspectiva intrapsíquica en cuidados enfermeros psiquiátricos y centrada en los cuidados físicos generales. Planteó la interrelación con el paciente como eje del cuidado y describió los cuidados enfermeros como un proceso interpersonal terapéutico. Se trata, dice, de una persona enferma y que necesita ayuda y una enfermera que debe tener la formación adecuada con el fin de conocer sus necesidades de ayuda y de responder a éstas. Considera que la persona es un ser biopsicosocial espiritual que está en desarrollo constante, con capacidad suficiente para evolucionar y comprender su situación, y así poder transformar su ansiedad en energía positiva para cubrir sus necesidades. Según Peplau, la salud es la representación del movimiento continuo de la personalidad y de otros procesos humanos en la dirección de una vida personal y comunitaria, creativa,

constructiva y productiva. Considera la enfermedad una experiencia que puede permitir el desarrollo y plantea que las enfermeras han de tener en cuenta la cultura y las costumbres¹⁰⁶.

Más tarde, Virginia Henderson planteaba los cuidados como la ayuda proporcionada a las personas enfermas o sanas en la ejecución de las actividades relacionadas con la satisfacción de sus necesidades fundamentales, que para ella serían las catorce necesidades humanas básicas. La persona podría ser llevarlas a cabo sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y los conocimientos necesarios. El objetivo de enfermería se encuentra en conservar y restablecer la independencia del cliente de manera que pueda satisfacer por sí mismo sus necesidades fundamentales¹⁰⁷.

Por su parte, Dorotea Orem nos interesa porque ha sido la autora que, desde el punto de vista de la óptica enfermera, más ha estudiado el tema del autocuidado. Su obra más conocida en España es: "Normas prácticas de enfermería"¹⁰⁸. Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante; los seres humanos tienen la capacidad de reflexionar sobre sí mismos y su entorno, para simbolizar lo que experimentan y usar creaciones simbólicas (ideas, palabras) para pensar, comunicarse y guiar los esfuerzos para hacer cosas que son beneficiosas para sí mismos y para otros. Para ella, la salud es un estado que, para la persona, significa cosas diferentes en sus distintos componentes y cambia a medida que se modifican las características humanas y biológicas de la persona. Define los cuidados de enfermería como el ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de ésta. Entiende que hay factores en el entorno, ya sean familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona. Pueden ser tanto físicos o químicos, como biológicos y sociales. Entiende que el autocuidado es "la práctica de actividades que los individuos inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar". Algunas de estas actividades pueden ser prescritas por el médico y otras no. Entre otras estarían: la toma del medicamento, el control de peso, la dieta baja en sal, el ejercicio, manejo del estrés, evitar el consumo de sustancias tóxicas, etc.

El autocuidado no es innato, sino que es una conducta que se aprende a lo largo de la vida, a través de las relaciones interpersonales y la comunicación en la familia, escuela y amigos. Considera agente de autocuidado a la persona que lleva a cabo las acciones de autocuidado. Cuando las acciones van desde la persona que las realiza hasta las personas sin capacidad de

autocuidado (niños, ancianos con discapacidad, enfermos en coma,...), la contextualiza como agente de cuidado dependiente y cuando se habla en términos de cuidados especializados, se refiere a agencia de enfermería. Los requisitos del autocuidado son los objetivos que los individuos deberían de tener cuando se ocupan de su propio autocuidado. Pueden ser de tres tipos: Requisitos universales: satisfacción de las necesidades básicas de todo ser humano. Requisitos de desarrollo: satisfacción de necesidades según el período del ciclo vital. Requisitos de desviación de la salud: satisfacción de necesidades en cada proceso de alteración de la salud.

Los conceptos clave de su teoría del déficit del autocuidado son: demanda de autocuidado terapéutico, la cantidad y el tipo de acciones o actividades que la persona realiza o debería realizar en un tiempo determinado para conseguir los requisitos de autocuidado. Agencia de autocuidado, capacidad del individuo para llevar a cabo el autocuidado. Déficit de autocuidado, cuando la demanda es superior a la capacidad del individuo para realizar el autocuidado. Es aquí cuando tiene acción la enfermera, que debe compensar la demanda de cuidados.

Cuando existe un déficit de autocuidado, la forma con la que la persona y el profesional de enfermería se relacionan para compensar el desequilibrio existente en el autocuidado establece los sistemas de enfermería: Totalmente compensatorio: todos los cuidados son asumidos por el personal de enfermería. Parcialmente compensatorio: se comparten las acciones de autocuidado entre la persona afectada y el profesional de enfermería. De apoyo educativo: la persona realiza las acciones de autocuidado con la orientación y supervisión del profesional de enfermería para perfeccionar el mismo.

Todas estas enfermeras realizaron sus primeras propuestas teóricas sobre la enfermería pero las verdaderas pioneras en iniciar investigaciones sobre la conceptualización del cuidado fueron las enfermeras norteamericanas Madeleine Leininger y Jean Watson^{109,110,111}.

Madeleine Leininger, enfermera profesional y antropóloga, centró su teoría a partir de la creencia de que las culturas pueden determinar casi todos los cuidados que deseen o necesiten recibir y que las personas tienen derecho a que sus valores culturales sean conocidos, respetados, comprendidos y usados en los servicios de atención sanitaria y, por supuesto, de Enfermería. Para el desarrollo de su teoría, Leininger partió de la premisa de que el cuidado era la base esencial del trabajo de la enfermería. Su enfoque en la investigación

es humanista y está centrado en la persona. La americana desarrolló un modelo propio de investigación que denominó etnoenfermería.

Estableció principios, suposiciones y premisas para la atención basada en la comunidad, partiendo de que la atención cultural es el objetivo de las acciones enfermeras para la curación y el bienestar de los individuos y grupos de cultura diversa. Los valores, las creencias y las prácticas de atención cultural estarán influenciados por factores tales como el punto de vista del paciente sobre el mundo, su idioma, filosofía, religión, afinidad política, educación e historia étnica. Estableció como guía visual de su teoría el modelo del sol naciente (los cuidados) que facilitan a las enfermeras y enfermeros el modelo para ver las diferentes áreas que necesitan ser examinadas al valorar y planificar la atención a enfermos de culturas diferentes, concluyendo en que la dimensión transcultural es una alternativa para dar el toque humanístico al cuidado enfermero como etnicidad, religión, inmigración y las diferencias generacionales y regionales¹¹².

En 1991, Leininger publicó los resultados de sus estudios realizados con personas de cincuenta y cuatro culturas del mundo occidental y no occidental. Su método etnográfico en el que utiliza entrevistas y observaciones directas observó y describió los hábitos de vida, experiencias y rituales de salud-enfermedad identificando 175 acciones de cuidado con implicaciones, usos e interpretaciones específicas. Entre otros, se encuentran: aceptar, asistir a otros, ser auténtico, comprometerse, estar presente, confortar, preocuparse, tener consideración, compasión, expresar sentimientos, hacer para/con, tocar, amar, ser paciente, proteger, respetar, compartir, comprender al otro, ser responsable, guardar silencio, relacionarse intencionalmente, escuchar, capacitar y facilitar, que influyen, en el bienestar o estatus de la salud de los individuos, familias, grupos e instituciones, así como en las condiciones humanas generales, estilo de vida y contexto ambiental.

Para ella existen dos tipos de procesos de cuidado, el genérico y el profesional. Genérico es el que se encuentra en todas las culturas del mundo y comprende formas naturales, folclóricas o caseras de cuidar. Por cuidado profesional se entiende las formas (léase técnicas y métodos científicos) en que las personas son atendidas en los sistemas de salud por profesionales de enfermería y otros. En su teoría, plantea tres modalidades que guían los juicios, las decisiones y la acción de las enfermeras, para proveer lo que la autora denomina cuidado cultural congruente. Las tres modalidades incluyen la preservación, el acomodo y la reestructuración.

En cuanto a Jean Watson, su "Teoría del cuidado humano" es de corte existencialista y humanista influenciada por los trabajos de Carl Rogers. Entiende que el cuidar es parte fundamental del ser, el acto más primitivo que un ser humano realiza para, efectivamente, llegar a ser. Este ser es un ser en relación a otro que lo invoca. Este llamado desde el otro es la base fundadora del cuidado en general y, a la vez, del cuidado profesional propio de la enfermería¹¹³.

Sus bases filosóficas son: *el alma* (espíritu, o interior de sí), *el dualismo* (experiencias subjetivas/objetivas), la armonía, la casualidad y el tiempo, la evolución espiritual y la autotranscendencia, aspectos que han estado siempre presentes en enfermería pero que han sido opacados o subvalorados por el enfoque positivista y tecnológico. Aporta conceptos como la relación transpersonal, la fenomenología y el cuidado como esencia (eje y corazón) de la práctica de enfermería, que moviliza al paciente hacia la armonía entre cuerpo, mente y alma, a través de una relación de ayuda y confianza entre la persona cuidada y el cuidador, generando conocimiento, respeto y ayuda mutua, rescatando siempre la dignidad humana en la asistencia de enfermería, dentro de un marco de amor¹¹⁴. Para ella, el cuidado humanizado requiere respeto por la vida y presencia de valores no-paternalistas, que pueden ser demostrados por la valoración de la autonomía y por la libre posibilidad de elegir fortaleciendo el autoconocimiento y el autocontrol, y la disposición para auto curar¹¹⁵.

Watson entiende el concepto de enfermería como una profesión que tiene responsabilidades éticas y sociales, tanto para los individuos que cuida como para la sociedad en general. Pone como punto de partida lo afectivo, los sentimientos y las emociones realizando una perfecta unión entre las creencias tradicionales y las ciencias humanas. Entiende que el cuidado humano es "una idea moral que trasciende el acto y va más allá de la acción de una enfermera, produciendo actos colectivos de la profesión de enfermería que tienen consecuencias importantes para la civilización humana".

Para ella, la disciplina de enfermería posee un sentido de disciplina personal, que es el desarrollo ontológico y espiritual de las enfermeras mismas, el cultivo de los niveles más profundos de nuestra propia humanidad, del sufrimiento humano, y del proceso de sanación. La incorporación del concepto de "disciplina personal", acuñado por Watson, muestra que es necesario que la enfermera, para lograr un mejor desempeño en el cuidado humano,

desarrolle la empatía para comprender a las personas en su proceso de sufrimiento, fortaleciendo su crecimiento espiritual¹¹⁶.

Pioneras Iberoamericanas

En Iberoamérica, a partir de la década de los noventa, se inició un fuerte movimiento de conceptualización y estudio sobre el cuidado. Una de las investigadoras que más ha indagado sobre este tema es la Dra. Vera Regina Waldow. Ella describe el cuidar como una forma de vivir, de ser, de expresarse^{117, 118, 119}. Lo comprende como una forma de ser y de estar con el otro (alguien, una cosa, etc.) que presenta características existenciales (el modo de ser) y relacionales (el estar con), además de contextuales. Es decir, el cuidar presenta variaciones según el medio y las circunstancias en que éste ocurre. Es un fenómeno que se da en relación al ser consigo mismo y con los otros en el mundo, que integra dos itinerarios filosóficos: el fenomenológico y el holístico¹²⁰. Es una postura ética y estética frente al mundo y una forma de contribuir al bienestar, la preservación de la naturaleza, la promoción de las potencialidades, de la dignidad humana y de nuestra espiritualidad. Se trata de una forma de contribuir a la construcción de la historia y el conocimiento de la vida. Manifiesta que, en realidad, es el cuidado el que nos hace humanos¹²¹ y que no es exclusivo de enfermería, pero es con ella donde el cuidar se profesionaliza. Las actitudes y las prácticas de los cuidados son lo único que distingue a la enfermería de las contribuciones de otras disciplinas¹²².

Para Waldow, cuidar implica un movimiento en dirección a algo o alguien, que es motivo de interés o preocupación. Es una acción que nos mueve a hacer algo, que nos impulsa, una acción moral para satisfacer, aliviar, ayudar, confortar, apoyar. Esta acción se encuentra acompañada de actitudes y comportamientos, los cuales tienen siempre una connotación para proveer y favorecer el bien para el otro ser. Es por tal razón que el cuidar se constituye en una acción noble y que no siempre tiene el reconocimiento o la comprensión debida. La finalidad del cuidado es algo o alguien que necesita de ayuda (atención, cariño, apoyo, etc.).

La enfermera parte del principio de que para cuidar de otro es fundamental primero cuidar de uno mismo. Basa su fundamentación en el pensamiento de Foucault e indica que conocerse a sí mismo se desvela como el resultado de una relación del sujeto consigo mismo, cómo se

constituye a sí mismo como sujeto moral, responsable por sus propias acciones, y que el cuidado de sí solo se justifica en la perspectiva del cuidado de los otros.

El cuidado de uno mismo en el área de la salud ha sido pensado, casi exclusivamente, para los aspectos físicos y, de esta manera, para las prácticas que los sujetos realizan con el objetivo de mejorar su condición física. En este sentido, tenemos hábitos de salud que, en general, son prescritos o recomendados como preventivos ejercicios físicos, dieta equilibrada, etc. Más en la actualidad, son incluidos cuidados con la mente y el espíritu, los afectos, etc. Recuerda a Boff el cuidar de sí como algo personal, es decir, dentro de una dimensión sujeto-self. Este cuidar de sí incluye el conocimiento de uno, de sus potencialidades, necesidades y limitaciones. Ese conocimiento favorece una mejor autoestima, confianza en sí y en la vida. Comprende también el cuidar de la salud, del espíritu, del intelecto, de su tiempo, del ocio. Implica ser capaz de expresar su verdadero self, actuando de forma auténtica; repensando los propios valores y principios a través de la auto-reflexión o introspección; exhibir comportamientos de cuidar (solidaridad, amor, compasión); desarrollar un estilo de vida que incluya prácticas de cuidar y estos pueden comprender alimentación adecuada, ejercicios físicos, exámenes médicos periódicos, meditación, prácticas de relajamiento, jardinería, además de una infinidad de actividades. De esa forma para Waldow, el cuidado pasa a ser existencial y sentido, practicado, vivido y, consecuentemente, proyeccional, es decir, que se reflexiona en el ambiente¹²³. Su pensamiento también está fundamentado en la filosofía de Milton Mayeroff y Heidegger, entendiendo que el verdadero cuidar ocurre en la medida en que se ayuda al otro a crecer y realizarse.

Dice que ser-en-el-mundo es esencialmente velar, cuidar, existir al lado de las cosas y de los seres; tener interés, ser-con-los-otros que encontramos en el mundo, es, en definitiva, tener "solicitud". La relación de ser con los otros se caracteriza por la manera en cómo se actúa, siente y piensa en la convivencia con sus semejantes. El "ser-con" es un constitutivo fundamental del ser-ahí del existir humano. De modo que "cuidar" se expresa por la relación con el otro dentro del mundo.

En el ámbito profesional, al pensarse el ser de forma integral, en un abordaje de cuidado, las relaciones se modifican, es decir, la actitud del profesional va más allá de su conocimiento técnico. De manera que percibe al otro como un igual en su totalidad lo que incluye el reconocimiento de la subjetividad, pero, también, de su vulnerabilidad. El reconocimiento de las subjetividades se basa en la forma en que las personas significan su realidad e interactúan

con ella. Sabedor de su circunstancia de vulnerabilidad, el cuidador se empeña en fortalecer las potencialidades para el mantenimiento de la integridad del otro, en este caso, el sujeto a ser cuidado. Es así que el cuidado se desvela como una verdadera relación.

Por tanto para Waldow, el proceso de cuidado constituye todas aquellas actividades desarrolladas por la cuidadora para y con el ser cuidado con base en conocimientos científicos, habilidad, intuición, pensamiento crítico, creatividad, acompañados de comportamientos y actitudes de cuidado que implican promover, mantener y recuperar su dignidad e integridad humana. Esta dignidad e integridad incluyen una plenitud física, mental y emocional, social y espiritual en las fases del vivir y del morir, constituyéndose en una transformación de ambos, la de cuidar y la de ser cuidado.

Otra de las enfermeras Iberoamericanas que hemos tomado como referencia ha sido Ofelia Tobón Correa, enfermera colombiana especialista en Promoción de la Salud¹²⁴. Según ella, para cuidar de la vida y la salud se requiere del desarrollo de habilidades personales, para optar por decisiones saludables. Las habilidades personales para vivir determinan el estilo de vida de las personas y la manera en cómo ellas se cuidan. Para la profesora, el término 'estilo de vida' se refiere a la manera de vivir y a las pautas personales de conducta, que están determinadas por factores sociales, culturales y personales. Equivale a las actitudes, hábitos y prácticas individuales o familiares, que pueden influir positiva o negativamente sobre nuestra salud. Además, plantea que en el proceso de cuidar, la vida y la salud se abordan a través de tres tipos diferentes de cuidados: cuidar a otros, cuidar de sí y cuidar con otros. Al cuidado de sí lo denomina "me cuido". Corresponde al autocuidado individual y está conformado por todas aquellas medidas adoptadas por uno mismo, como gestor de su autocuidado. Dicho de otra manera, consiste en mirar uno por su salud y darse buena vida. Se refiere a las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas que realizan una persona, familia o grupo para cuidar de su salud. Estas actividades son 'destrezas' aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad. Ellas responden a la capacidad de supervivencia y a las prácticas habituales de la cultura a la que se pertenece. Entre los ejercicios para el autocuidado se encuentran: alimentación adecuada a las necesidades, medidas higiénicas, manejo del estrés, habilidades para establecer relaciones sociales y resolver problemas interpersonales, ejercicio y actividad física requeridas, habilidad para controlar y reducir el consumo de medicamentos, seguimiento para prescripciones de salud, comportamientos

seguros, recreación y manejo del tiempo libre, diálogo, adaptaciones favorables a los cambios en el contexto y prácticas de autocuidado en los procesos mórbidos... El autocuidado es una función inherente al ser humano e indispensable para la vida de todos los seres vivos con quienes interactúa. Resulta del crecimiento de la persona en el diario vivir, en cada experiencia como cuidador de sí mismo y de quienes forman parte de su entorno. Debido a su gran potencial para influir de manera positiva sobre la forma de vivir de las personas, el autocuidado se constituye en una estrategia importante para la protección de la salud y la prevención de la enfermedad.

Considera que, en el estilo de vida de las personas, se presentan dos tipos de prácticas: las positivas, o favorecedoras de la salud, y las negativas o de riesgo. Entre los factores que influyen en la calidad de vida se encuentran: Las protectoras o positivas: son aquellos aspectos internos o externos a la persona que posibilitan conservar e incrementar los niveles de salud. Los factores de riesgo corresponden al “conjunto de fenómenos de naturaleza física, química, orgánica, psicológica o social que involucran la capacidad potencial de provocar daño”. Es decir, son los eventos que aumentan o crean la posibilidad de enfermar. Como respuesta a estos factores protectores, las personas desarrollan prácticas protectoras o favorecedoras de la salud, entre las que se encuentran el cultivo de un arte, la práctica de un deporte, el desarrollo de un pasatiempo o la adopción de una dieta saludable, entre otras. Frente a los factores de riesgo, la gente adopta prácticas de prevención como medidas para evitar enfermarse, por ejemplo, saneamiento ambiental, higiene, vacunación o un auto examen de testículos. Las prácticas protectoras corresponden a la promoción de la salud y las prácticas preventivas son asunto de la prevención de la enfermedad. En realidad, la diferencia entre lo que se pretende con la realización de prácticas protectoras y prácticas preventivas es muy sutil, pues todo lo que se hace para incrementar los ‘niveles’ de salud, en cierta medida, está previniendo las enfermedades de manera general. No se puede hablar de prácticas de ‘autocuidado negativas’ porque el atención es inherente a los aspectos favorables de la salud.

Como principio, el autocuidado es un acto de vida que permite a las personas convertirse en sujetos de sus propias acciones. Por lo tanto, es un proceso voluntario de la persona para consigo misma. Implica una responsabilidad individual y una filosofía de vida ligada a las experiencias en la vida cotidiana. Para que haya autocuidado se requiere cierto grado de

desarrollo personal, mediado por un permanente fortalecimiento del auto concepto, el autocontrol, la autoestima, la auto aceptación y la resiliencia.

Según la autora, la toma de decisiones respecto al estilo de vida está determinada por los conocimientos, la voluntad y las condiciones requeridas para vivir. Tobón cree que, para el profesional de la salud, el autocuidado es un reto, puesto que él es el llamado a promoverlo. Y este requiere de un enfoque humanista, por lo que es necesario partir del concepto de persona como ser integral y de salud como “el resultado de los cuidados que uno mismo se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud”.

Cuando se piensa en promover el autocuidado en el marco del desarrollo humano, se requiere que toda persona pueda ser, tener, hacer y estar. Ella necesita la satisfacción y el desarrollo en condiciones de equidad que le permitan la subsistencia, el afecto, la protección, la participación, el entendimiento, el ocio, la creación, la libertad y la identidad. Además, para que el profesional de la salud realice bien el fomento del autocuidado, éste requiere: reconocer que la salud es consecuencia de un proceso dinámico, complejo; un proceso que depende del cuerpo, de la mente, de las emociones, de la vida espiritual y de las relaciones con los demás y con el mundo que nos rodea. Asumir que el autocuidado es una vivencia cotidiana le permitirá compartir sus propias vivencias. En la medida en que el personal de salud vive con bienestar, estará en condiciones de promocionar la salud de los demás y dice “la palabra enseña y el ejemplo arrastra”. A la vez, es importante evitar que sus intervenciones sean ‘amenazantes’ o ‘coercitivas’ para la gente. Más bien, se trata de fortalecer la autoestima de la persona, puesto que el autocuidado es un resultado del quererse.

También se debe de contextualizar el fomento del autocuidado de acuerdo con las características culturales, de género y etapa del ciclo vital. Asumir que las personas realizan las prácticas de autocuidado con la certeza de que mejorarán sus niveles de salud, sin olvidar que no todas las prácticas para cuidarse redundan en mayores niveles de salud, bien porque en sí mismas no producen el efecto deseado o porque resultan insuficiente por no ser practicadas con la frecuencia y la permanencia requeridas.

Por su parte, el cuidado o asistencia a otros lo denomina “los cuidamos”. Esta forma de asistencia corresponde a la atención sanitaria, que se presta a la persona enferma en una

institución de salud. Es el cuidado científico, sistemático y aprendido que se lleva a cabo mediante el empleo de prácticas curativas, que un profesional o un equipo de salud realizan al usuario con algún grado de discapacidad (temporal o permanente) física, psíquica o emocional, con el fin de ayudarlo a restablecer su salud y alcanzar mayores niveles de bienestar. Quien cuida se encarga del bienestar, de la protección o del mantenimiento de alguien que, por su condición de ser humano, tiene interés, valor y significado especial.

El cuidado entre todos, en comunidad, es conocido como autocuidado colectivo y se refiere a las acciones que son planificadas y desarrolladas en cooperación, entre los miembros de una comunidad, familia o grupo, quienes, a su vez, se procuran un medio físico y social afectivo y solidario. Podemos encontrar un ejemplo de esto en la disposición de basuras, el tratamiento colectivo de aguas, el uso racional de los servicios disponibles para la atención en salud, la consecución de objetivos de vigilancia, entre otras, que se preocupan del bienestar común.

La enfermera venezolana Solanger Hernández Méndez declara que el cuidado ha tenido diferentes y numerosos significados en la disciplina, pero posee como tema común, en todas las interpretaciones, su carácter de interacción con el otro u otra. El cuidado incluye dos significados íntimamente ligados. El primero, la actitud de desvelo, de solicitud, de atención hacia el otro. El segundo, la preocupación, la inquietud, el involucrarse, porque supone una implicación afectiva con el otro cuya condición conmueve mi actitud y moviliza mi acción¹²⁵.

Los estudios realizados en las tesis doctorales de las enfermeras brasileñas acerca del cuidado¹²⁶, encontraron 13 sub-unidades sobre la temática, de las cuales destacan: el cuidado humanístico, el cuidado transdemensional, el cuidado solidario, el autocuidado, el cultural, la estética del cuidado y el cuidado dialógico¹²⁷.

Pioneras Españolas

En España, los estudios sobre el cuidado son recientes y pueden considerarse todavía escasos, si bien es cierto que se trata de un tema que cada día adquiere mayor relevancia. En 2007, Alberto Gálvez Toro realizó una revisión sobre el origen de la palabra cuidar y cuidado¹²⁸. En ella, expuso que, etimológicamente, dicho término ha ido evolucionando. A través de un repaso histórico, llegó a la conclusión de que el concepto 'cuidar' ha poseído diferentes significados a lo largo de los años. De manera que, en 1729, tal término se entendía como

“aplicar al enfermo las medicinas convenientes, según lo que padece: lo que es oficio propio de los médicos y cirujanos. [...] Se toma también por cuidar. [...] Vale, asimismo, cuidar la asistencia del enfermo y gasto de cura. [- Referido al alma: curar el alma]. Lo mismo que sanar. Aplicar al enfermo las medicinas correspondientes a su enfermedad. Recetar las medicinas y ordenar el régimen que ha de seguir el enfermo, visitándole para esto. [- Referido curar el alma]. 1936. (Del lat. Curare, cuidar). Sanar. Cuidar de, poner cuidado. Aplicar al enfermo los remedios correspondientes a su enfermedad. [- Referido al alma: curar el alma] 1999. intr. Con la prep. De, cuidar, poner cuidado 2) tr. Aplicar [a los enfermos o heridos] los remedios correspondientes a su enfermedad o dolencia: a una mujer, a un soldado; curarse en un hospital; curarse con baños. 3) Sanar: tú me has curado; [prnl.] se ha curado en pocos días; [intr.] se ha curado de su enfermedad. 4) fig. Sanar [las dolencias o pasiones del alma]. 5) Remediar [un mal]. 6) Disponer o costear lo necesario para la curación [de un enfermo]: los marqueses le curaron con todo regalo; curar en salud, Fig., precaverse de un daño que puede sobrevenir.

Encontró que, en las definiciones castellanas hasta 1780, cuidar enfermos tenía que ver con un acto reflexivo de diligencia y atención centrado en la asistencia y conservación del que padece. Cuidar englobaba, etimológicamente, el concepto de curar, ya que hacía referencia a aplicar al enfermo las medicinas convenientes por los practicantes de los oficios de medicina y cirugía. Esta etimología se mantendrá así en la definición de los términos curar y cuidar, al menos, hasta 1791 (curar como subcategoría de cuidar). A partir de entonces, se convierte en sinónimo de sanar, haciéndose la asociación entre curar y cuidar más débil. Así, la medicina se dedicará a la curación y otros oficios se ocuparán del cuidado, invirtiendo poco a poco esta asociación hasta nuestros días, en los que curar parece, o quiere, englobar al CUIDAR.

Pero será la enfermera catalana Teresa Piulachs, la pionera en proponer un enfoque humanista del cuidado. Desde su puesto de Directora de la Escuela Universitaria de Enfermería Santa Creu i Sant Pau de Barcelona, luchó hasta que se consiguió el reconocimiento Universitario para los estudios de enfermería en 1977. Fue también impulsora de “Los primeros másteres para enfermeras en España”. Lo hizo desde la Escuela de Enseñanza Superior de Enfermería DOMO y el Centre European University de Barcelona. Que basa la formación de las enfermeras en el desarrollo de capacidades en Relación de Ayuda¹²⁹.

Concha Germán, en la década de los ochenta del siglo XX, propuso el modelo de “autocuidados cotidianos”, basado en varias autoras. En primer lugar Dorothea Orem y su teoría del autocuidado y el componente educativo; segundo el modelo de Hildegard Peplau, basado en la interrelación y o elementos emocionales; tercera la filósofa Agnes Heller y el historiador Tuñón de Lara del que tomó el concepto de lo cotidiano; Posteriormente en la década de los noventa introdujo del microbiólogo de Juan José Marcen el concepto de relación microbiana y la cosmovisión del ser humano en el mundo. De otros autores incluyó también los conceptos de redes y el género¹³⁰. Es un modelo holístico, ecológico, comunitario, sistemático, funcional. Sus conceptos básicos son: las necesidades humanas básicas, la homeostasis biopsicosocial, el proceso de enfermería, la promoción y conservación de los comportamientos de salud y la integración de la familia en el Plan de Cuidados. Las necesidades humanas básicas son: universales, culturalmente adaptativas y cambiantes a lo largo del ciclo vital. Germán concibe al ser humano como un individuo que tiende a ser cósmico en permanente equilibrio entre; su homeostasis: sistemas internos (cuerpo humano) y el medio ambiente, equilibrio: Macrobio - Microbio (Dentro - Fuera), la relación: ética entre todos los seres vivos. En definitiva, debe de haber integración y armonización: humana, cielo –tierra, lo Bio Psico Socio Cult Espiritual. Su idea de la promoción y conservación de los comportamientos de salud es que, salvo errores genéticos, nacemos sanos. Incluso ciertas combinaciones aleatorias (errores) mejoran las especies. Así sucede en el mundo microbiano, seres simples. Nosotros somos complejos pero, ¿acaso no hay combinaciones genómicas continuas?¹³¹

Para Germán la mayoría de las pérdidas de salud se manifiestan como dolencias que indican distorsiones, disarmonía o pérdida de homeostasis y que tienden a convertirse en enfermedades. El objetivo fundamental del cuidado es conseguir el bienestar del paciente, confort, seguridad, confianza, autonomía y libertad. La Misión Enfermera es: procurar el bienestar del paciente, dar seguridad y fomentar su autonomía. Para ello es fundamental: saber fomentar el autocuidado (capacitar, facilitar, acompañar, ayudar...) para: la conservación de la salud, y en la dolencia, cronicidad y muerte; integración de la familia en el plan de cuidados, con un concepto amplio del término, ya sea como grupo de pertenencia, como apoyo básico referente afectivo, social y cultural; y Apoyar, reconocer y facilitar los cuidados que brinda identificar e integrar a la persona de apoyo principal en el Plan de Cuidados.

Las enfermeras han de ser promotoras de salud, la promoción de la salud es más que la prevención de la enfermedad, puesto que ha de incluir también la salud ambiental en los

programas de sanidad y operativamente en los de educación para la salud a través de programas de Educación para la Salud Ambiental: con los ciudadanos en general y con los políticos en el ámbito de lo local. Considera que las personas necesitamos, además de cuidados nutritivos e higiénicos, relaciones de cuidados afectivos, cuidados que nos socializan y con los que aprendemos a ser humanos. Los cuidados son los que proporcionan seguridad, confianza y afecto, son necesarios para mejorar la calidad de vida del individuo y de la comunidad.

Según Germán, el cuidado está infravalorado y por eso es invisible en la sociedad¹³², debido a que existe una discriminación por cuestión de género, puesto que el cuidado culturalmente está relacionado con acciones consideradas innatas de las mujeres, que tienen carácter intangible y no generan valor añadido (en el sentido monetario, o en el clásico concepto de Marx de “plusvalía”). En 2010, siguiendo esta línea ideológica, la doctora Germán impulsó la creación de un grupo de investigación en la Universidad de Zaragoza, con el propósito de profundizar en el tema del cuidado, denominado “Aurora Más: Investigación en Cuidados y Calidad de Vida e Historia de enfermería”. Reconocido por el gobierno de Aragón en 2011 (B: 106).

En el mismo año, Isabel Huércanos¹³³, perteneciente a este grupo de investigación, propuso una definición del término ‘Cuidado Invisible’ como : “esas acciones intencionadas de los profesionales que en un principio no serían ‘registrables’ (dar una tila, acomodar una almohada, cuidar la intimidad y el confort, tacto, proximidad, etc.), así como las acciones que serían susceptibles de registrar por ser consideradas más profesionales que las anteriores pero que, sin embargo, no se reflejan en ningún lugar, con lo que los mismos profesionales las hacen invisibles (como el drenaje emocional, capacitación para el autocuidado o la relación terapéutica, etc.)”. En otro de los trabajos publicados por Huércanos en 2011¹³⁴, hace referencia a Gordon, quien plantea el cuidado como dos esferas distintas que deben guardar un equilibrio para proporcionar cuidados de calidad. Una de ellas está más orientada al cuidado físico y radica en el manejo de tareas técnicas y actividades relacionadas con el uso de aparataje y medios tecnológicos, siendo, con frecuencia, derivadas de la medicina y englobadas en la dimensión denominada ‘High tech’. La segunda dimensión recibe el nombre de ‘High touch’ y hace referencia a una magnitud de carácter más subjetivo que se basa en la sensibilidad, la creatividad y la intuición para cuidar al otro. Germán Bes¹³⁵ habla de esta dimensión como “cuidado invisible “, y éste es, precisamente, el que ayuda a afrontar y

conllevar las diferentes experiencias de salud por las que atraviesan las personas. Las enfermeras de Iberoamérica lo han llamado “cuidado humanizado”. Ésta es una corriente que en los últimos tiempos se está extendiendo entre los profesionales de la salud. Vera Regina Waldow, en sus últimas publicaciones, cuestiona el término cuidado “humano”, ya que manifiesta que, en realidad, es el cuidado el que nos hace humanos y dice que no se trata de humanizar, sino únicamente de permitir y facilitar la prestación del cuidado¹³⁶.

En 2010, Germán y Hueso¹³⁷ realizaron una revisión bibliográfica acerca del significado del “cuidado invisible” y obtuvieron diez dimensiones en palabras de enfermos, familiares y estudiantes de enfermería: 1) Enseñar: fomento del autocuidado; 2) Mantener la relación de confianza (relaciones sociales, confianza, dar buen trato); 3) La relación con el otro, la necesidad de ayuda, reemplazarla; 4) El tacto; 5) La escucha; 6) Dar ánimo (tranquilizar, mostrar interés por el otro, alegrar; 7) El confort: dentro del cual se encuentra el control del dolor; 8) El respeto, preservar su intimidad; 9) Permanecer, acompañar, sufrir con, dedicación, presencia, disponibilidad; 10) la vigilancia clínica activa .

Más tarde, establecieron que estas dimensiones se agrupan en dos grandes bloques principales: “estar pendiente” y “estar con la persona”. Estar pendiente: significa permanecer muy atento y preocupado por algo¹³⁸, incluye la precaución y la prevención, ya que tienen que ver con adelantarse antes de que algo suceda. Ocuparse por adelantado de lo que va a suceder es una labor de los seres humanos en general, pero también de la enfermería en particular.¹³⁹ Tendría que ver con lo que Boff define como una preocupación e inquietud por parte de la persona que provee el cuidado, haciendo que ella se sienta envuelta y ligada al otro afectivamente. Implica una capacidad de sentir como el otro, lo que impulsa a generar una ciencia con conciencia, dirigida hacia la vida, situación por la cual los significados que da el profesional de enfermería logran trascender entre otros¹⁴⁰.

Engloba el fomento del autocuidado, el cuidado de las heridas (la valoración, limpieza y aplicación de apósitos que evitan la infección. Esta acción procura comodidad y da seguridad al saber que todo va bien), la realización de otros aspectos técnicos del cuidado, como control de signos vitales. Todas estas actividades incluyen habilidades y el conocimiento de la propia técnica y de la anato-fisiología del cuerpo humano que permiten valorar los parámetros de normalidad. Finalmente, la administración de la medicación va a ayudar, junto con otras medidas, al pronto restablecimiento.

Se podría considerar que es lo mismo que vigilar, término que es muy usado entre los profesionales de enfermería, y que el mismo diccionario del uso del español dice que significa velar o cuidar¹⁴¹, observar algo o a alguien para evitar que cause o reciba un daño¹⁴².

Para Veléz Álvarez, vigilar es una constante del sujeto en relación con el mundo que le rodea, porque siempre estamos alerta frente a aquello que puede dañar al ser humano, tanto corporal como anímicamente. Que entre cuidado y vigilancia podemos encontrar una relación bilateral. La primera es consecuencia de la segunda, mientras que esta última alerta al cuerpo con el fin del cuidado. La existencia misma es estar en postura de vigilancia, es la guardiana del cuerpo y del alma, vista como preámbulo del cuidado¹⁴³.

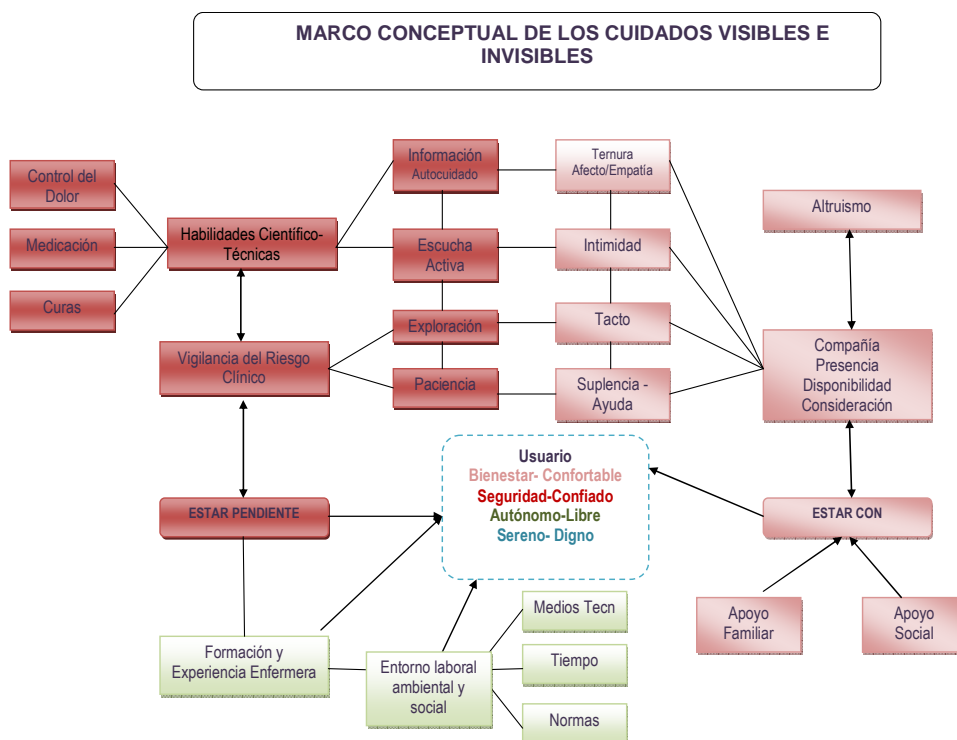
Pero para nosotros el término vigilar estaría más en la línea de Foucault que en su libro "Vigilar y Castigar"¹⁴⁴ lo planteaba como el poder que tiene el ser humano de estar atento de sí mismo y de los otros en coherencia con las circunstancias¹⁴⁵. Este vigilar implicaría una posición de superioridad y de poder, sobre el otro individuo. Mientras que estar pendientes, es preocupación, lo que implica afecto y deriva directamente al "estar con".

Estar con: es ser con el otro, reconocerlo como persona en su vulnerabilidad, es demostrarle que me importa y que quiero procurar su bienestar. Por lo que resulta indispensable estar disponible, para facilitar la presencia junto al ser que es cuidado y, así, poder darle el afecto, el apoyo necesario para ayudarle a mantener su dignidad como persona y proporcionarle la ilusión y la alegría de vivir. Es acompañar y compartir con él su situación, darle seguridad sobre su buena evolución en el proceso. Es también hacerle sentir que no está solo en su circunstancia de salud o enfermedad, o en el tránsito ineludible hacia la muerte. Vigilar en cambio se puede hacer sin establecer un contacto con el otro, sin una interrelación ni un afecto, en definitiva sin demostrar que me importa.

Coincidimos con Kuerten Rocha¹⁴⁶ en que en el proceso de cuidar a otro se establece una relación de afecto en la que se produce una interacción entre el tecnicismo y el afecto. La interacción y el afecto aparecen cuando la enfermera cuida a través de una conversación amigable, de la explicación de procedimientos, de la observación del lenguaje no verbal, de un incentivo, del cariño, de la responsabilidad. Engloba, además, destreza y habilidades que permiten el manejo de los procedimientos técnicos y que dan la seguridad y confianza al paciente de saber que se encuentra en buenas manos. De esta manera, los comportamientos de cuidado que generen empatía, confianza y socialización, mediante acciones basadas en sus

conocimientos, en su pericia, en la comunicación, orientación, información y educación al paciente, son indispensables para desarrollar la calidez del cuidado necesaria para respetar la dignidad humana.

Para poder desarrollarlo, y de acuerdo con la bibliografía consultada, es necesario saber escuchar, respeto, cortesía, bondad, compasión, responsabilidad, consuelo, relación, empatía y, también, confortar^{147,148,149}. En la figura uno, presentamos el mapa conceptual con el fin de ayudar a entender nuestra teorización acerca del cuidado invisible.



Fuente. Hueso Navarro, Germán Bes Concha. Fabiola 2011

En el lado derecho, en rojo, encontramos, “Estar con”: que es parte del apoyo profesional, tanto en el ámbito del domicilio como a nivel comunitario, o cuando es el caso en el hospital durante el ingreso por las enfermeras hospitalarias. En el caso de la Enfermera comunitaria este “Estar con” se desarrolla sobre todo en el domicilio y en la comunidad y es compartido con la familiar y la red social.

En la parte izquierda, en verde claro, “Estar pendiente”: las competencias profesionales, vigilancia clínica activa, exploración. Actividades científico técnicas: procedimientos técnicos, curas, medicación, información autocuidado. Paciencia, escucha (que comparte con la familia)

En la base en color verde, tenemos las variables de formación, del ámbito laboral y del entorno ambiental y social.

II.1.3. El Cuidado de la Enfermera Comunitaria

Las reflexiones e ideas de los autores revisados nos han ayudado a construir nuestro planteamiento sobre cuál y cómo ha de ser el trabajo de la enfermera comunitaria. Coincidimos con Waldow¹⁵⁰ Y Germán¹⁵¹ en que cuidar es un proceso de interrelación de uno mismo con el otro y con el medio ambiente. Tiene que ver con un enfoque holístico. El holos (un término griego que significa “todo” o “entero”) alude a contextos y complejidades que entran en relación por su dinamismo. El holismo, una tendencia o corriente que analiza los eventos desde el punto de vista de las múltiples interacciones que los caracterizan, implica que todas las propiedades de un sistema no pueden ser determinadas o explicadas como la suma de sus componentes. Considera que el sistema completo se comporta de un modo distinto que la suma de sus partes, destacando la importancia de la interdependencia de éstas. La perspectiva holística compromete una superación de los paradigmas para propiciar la figura del sintagma, entendida como una integración de paradigmas. Una actitud sintagmática supone la convergencia de diversas perspectivas, lo que sólo puede lograrse con criterios holísticos.

El paradigma positivista del mundo globalizado en el que vivimos ha construido un mundo segmentado, que separa la naturaleza del hombre de su mente y de su espíritu. Este paradigma se basa en el control de la naturaleza y por eso interviene y busca remedios para evitar lo inevitable, sin tener en cuenta que estas intervenciones interfieren en el ciclo natural de la vida originando, en ocasiones, más daños.

El objetivo de las personas es vivir, disfrutar de la vida. Esto implica casi siempre tener buena salud. Pero la salud es algo relativo y depende de cómo la perciba cada uno. No es un aspecto medible con parámetros puramente biológicos. Tener salud es encontrarse bien consigo mismo y con los demás. Es aceptarse tal cual uno es, con sus limitaciones y con sus defectos. Si

somos humanos, la salud tiene siempre un grado compatible con la enfermedad y con la muerte. No se trata de un estado perfecto, sino posible y cambiante¹⁵². Las personas vivirán mejor o peor dependiendo de cómo acepten las variaciones que se producen en su estado de salud. Como profesionales, cada día observamos a personas con múltiples problemas de salud, pero que no viven como enfermos. En cambio, otros que gozan de una buena salud, viven en permanente angustia pensando que pueden caer enfermos. Las causas que hacen enfermar son múltiples, una de ellas es la genética, que es un factor importante pero no el único que determina el tener buena salud. La información que transmiten los genes no se expresa sin más, sino que en general sigue siendo un proceso mediante fenómenos poco conocidos. Desde la concepción hasta la muerte, intervienen otros genes (herencia genética) y factores del ambiente, tanto en el interior del cuerpo como en el exterior. Esto se denomina epigenética y es esa intervención ambiental no genética que se asocia a la expresión de los genes. Son cambios físicos y químicos, pero también psicológicos y sociales que influyen en el sistema inmunológico^{153,154, 155}

Estudios clínicos y experimentales han demostrado que el estrés es uno de los factores que más influyen en el sistema inmunológico de la salud, y que depende en un 25% de los genes y en un 75% del estilo de vida".¹⁵⁶ Nacemos sin defensas y éstas aparecen con la leche materna en nuestras primeras horas de vida. Luego, durante la infancia, padecemos el 90% de las enfermedades de nuestra vida y, después, el cuerpo empieza a envejecer, por eso es fundamental protegerse de los gérmenes que nos van atacando cada día, para mantener un buen sistema inmunitario, vivir con una mejor calidad y con unas defensas más fuertes contra los virus, las bacterias y los hongos. Para mantener un sistema inmunológico fuerte recomiendan realizar ejercicio físico, para que el corazón bombee con fuerza la sangre y estemos en forma; dormir al menos ocho horas; gestionar las emociones y mantener una actitud positiva durante el día, estar alegre también mejora la salud; cuidar las redes sociales y mantener el cariño a tus seres queridos; evitar malos hábitos como el consumo de tabaco y alcohol; y cuidar la alimentación, bebiendo agua o comiendo cinco raciones de pieza y verdura al día, frutos secos, aceite de oliva...

Concha Germán declara que hoy sabemos que el sistema inmunológico es capaz de resolver muchos de los problemas o dolencias que nos aquejan, siempre y cuando haya podido madurar adecuadamente y creemos las condiciones para que pueda actuar.¹⁵⁷ Existen muchas

acciones que intervienen en el cuidado que ayudan a recuperar la salud del doliente. Se ha demostrado que el tacto aumenta la Oxitocina hormona del amor, la calma y la relación-, favorece la relajación, por lo que refuerza la importancia de la lactancia materna y la estrecha relación de apego madre-hijo pionera de estos estudios la ginecóloga Uvnäs¹⁵⁸. O por ejemplo, todos tenemos la experiencia de que cuando nos sentimos mal, perdemos apetito y queremos descansar y dormir. Es porque el cuerpo o la naturaleza humana necesitan ahorro de energía, de manera que nuestro sistema inmunológico pueda dedicarse plenamente a reparar el daño y restaurar el equilibrio¹⁵⁹. Otros aspectos pueden ayudar a restaurar el equilibrio. Cada vez son más los estudios que demuestran el efecto de la música sobre la salud, puede mitigar la sensación de dolor^{160,161} y otras afecciones se están investigando sus efectos en enfermedades como el Parkinson o la recuperación en personas que han sufrido un Ictus¹⁶².

Pero debemos de tener en cuenta que existen otros condicionantes que también influyen en la salud, como los tóxicos ambientales y las condiciones sociales. Cada vez existe más evidencia de la relación entre los primeros y las enfermedades. La producción industrial de alimentos incluye que éstos estén tratados con gran variedad de productos químicos que han demostrado ser tóxicos para el organismo humano^{163,164,165}. Por otra parte, los determinantes sociales, las condiciones laborales, familiares económicas y el acceso al sistema sanitario hacen que los pobres, en general, cuenten con peor salud, porque generan más estrés. Y, además, se da la circunstancia de que los más pobres son los que en la actualidad consumen los productos que contienen más tóxicos, porque son los más asequibles económicamente¹⁶⁶, con lo cual mantener un equilibrio emocional, si las condiciones de vida no son óptimas, es difícil.

Florence Nightingale ya se percató de que las condiciones de vida influían en la salud. Muchos de sus planteamientos siguen hoy de plena actualidad. Su preocupación por los pobres y las desigualdades sociales que afectaban a la salud, coinciden con los planteamientos que hoy hacen autores como Ángel Martínez¹⁶⁷. Su visión ecológica de la salud coincide con los planteamientos de Concha Germán¹⁶⁸ y otros, como las brasileñas Moreschi¹⁶⁹. Su idea de mejorar la situación de las mujeres, para desarrollar la situación de las familias y, en definitiva, de toda la población^{170,171} sigue siendo actual, debido a que hoy en día, las mujeres siguen siendo el sostén de las familias, son ellas las que asumen el mayor porcentaje de los cuidados de todos los individuos que componen el grupo familiar.

La estela de Florence Nightingale fue seguida por muchas enfermeras en todo el mundo. En Estados Unidos, Lavinia Lloyd Dock (1858-1956) también destacó por constante lucha por la igualdad de la mujer. Rompió con muchos de los moldes que hasta entonces se tenían del género femenino y la enfermera. Tuvo la convicción que sin derechos para la mujer nunca se podría hablar de avances para la profesión.¹⁷² Más adelante analizaremos este aspecto del género y su influencia en la enfermería.

Como vemos, las enfermeras siempre han sido conscientes de la necesidad de mejorar las condiciones de vida de las personas para tener mejor salud, y que para ello había que tener en cuenta a las mujeres. En el siglo XX, otras enfermeras siguieron con la misma idea de que la salud se mantiene mejor si hay unas buenas condiciones de vida. Ofelia Tobón Correa¹⁷³ cita la Carta de Ottawa (1986), y reconoce que “la salud se produce cuando se devuelve a la gente el poder para efectuar las transformaciones necesarias que aseguren un buen vivir y se reduzcan las causas que atentan contra la salud y el bienestar”. La Organización Mundial de la Salud (OMS) dijo que la Enfermería Comunitaria tiene como sujeto la comunidad global, y sus acciones están dirigidas a la población como un todo, en su ejercicio que integra los conceptos y métodos de las ciencias de la salud pública con los de la enfermería para promover, proteger, prevenir, mantener y restaurar la salud de la comunidad. Ha de utilizar el método epidemiológico en sus actividades comunitarias con el fin de contribuir en la identificación de las necesidades de la salud y para vigilar su tendencia en las poblaciones. Para poder identificar a través de diagnósticos, grupos y conjuntos de individuos expuestos a idénticos factores que compartan las mismas necesidades de salud. Y de esta manera determinar las necesidades existentes y previstas en la planificación de servicios y evaluar su eficacia. Asimismo, planificará y ejecutará acciones de prevención en sus tres niveles. Ha de buscar la participación de la comunidad en la ejecución de programas relacionados con la salud y el bienestar de la población¹⁷⁴. Se trata, en definitiva, de contribuir para conseguir una democracia participativa, donde toda la comunidad es llamada a participar para encontrar soluciones integradoras de forma colectiva que, sobre todo, sería democratizar la atención de la salud.¹⁷⁵

Germán dice que el cuidado de la enfermera en Atención Primaria, implica preparar a las personas, en familia o grupos sociales, para potenciar la diversidad de habilidades, creencias, saberes, autocuidados y demás recursos que benefician la realización de sus necesidades, donde ésta no sólo es carencia sino potencialidad que ha de ser usada en beneficio de la salud,

del desarrollo personal, la autoconfianza, del autocuidado y el cuidado integral comunitario. Por tanto, no se reduce a la aplicación de algunas técnicas clínicas en el ámbito de la familia, sino que los cuidados les ayudan a enfrentar las diversas experiencias ante su proceso salud-enfermedad.¹⁷⁶

Por todo lo expuesto, entendemos que el cuidado es un proceso integrador, que intenta conservar la vida, de forma que los seres puedan vivir en armonía felices hasta culminar su ciclo vital. Cuidar en la comunidad tendrá que ver no sólo con atender a las personas cuando estás enfermas, sino también ayudar a conservar la salud. Esto implica buscar espacios de reflexión y discusión acerca de lo que la gente sabe, vive y siente con respecto a las diferentes situaciones de la vida y la salud, con lo cual identificar las prácticas de autocuidado que llevan a cabo y así, promover en las personas mediante un proceso educativo de reflexión y acción, un 'regreso' a estas prácticas para que, transformen las que implican algún riesgo para la salud y refuercen aquellas protectoras que ya han sido asumidas (acciones reforzadoras). Entendemos que el objetivo de la enfermera comunitaria se encontrará en los cuidados que ayuden a las personas a vivir lo mejor posible en su entorno. Que sepa fomentar y participar del diálogo de los saberes de las personas, que le permita identificar, interpretar y comprender la lógica y la dinámica del mundo de la vida de éstas, mediante el descubrimiento y el entendimiento de la racionalidad, el sentido y el significado, para poder articularlo con la lógica científica pues solo así podrá tener una visión más clara de la salud y la enfermedad, que se traduzca en el fomento de comportamientos saludables y en la adopción de los mismos; puesto que no es solamente a través del desarrollo de las ciencias de la salud y la evidencia científica, que se determina la bondad o no de las prácticas de cuidado. De manera que, cuando las personas se sientan con poca salud, puedan encontrar en la enfermera una profesional con capacidad suficiente para ayudarles a superar las dificultades que conlleva el padecimiento de la enfermedad, cuando más aumentan las necesidades de cuidados y de otros tratamientos, que aun siendo importantes, como dijo Collière, estos nunca pueden eliminar los cuidados.¹⁷⁷ Cuando están sanos, la enfermera deberá ser la persona de referencia capaz de incrementar la capacidad que tienen los colectivos para promocionar su salud, a través del empoderamiento, para influir sobre los determinantes de la salud. Esto supone trascender, como profesional de la salud, de persona formada para un trabajo de experto, mediante acciones instrumentales y normativas, a ser social en estrecha interacción con un ambiente en permanente cambio¹⁷⁸.

Este trabajo ha de desarrollarlo la enfermera no de forma individual, sino dentro del equipo interdisciplinario, que le permita el intercambio de conocimientos científico-técnicos, humanísticos, de experiencias y vivencias. Para en el desarrollo del cuidado, es preciso formar redes de profesionales y usuarios. Es necesario ejercer el rol de profesional de la salud, como una persona productiva y eficiente, con responsabilidad social, comprometida con su entorno, respetuosa de la singularidad y la tolerancia, con necesidad de crecer a través de la búsqueda, la independencia, el encuentro y la apertura a la expresión libre del otro.

II.2. La Ética del Cuidado

Actualmente vivimos en un mundo en el que se ha alcanzado el límite en muchos aspectos que conciernen al mantenimiento de la vida humana. La explotación de los recursos naturales, la manipulación de la vida y la constatación de la no neutralidad científica hacen que sea necesario buscar nuevos valores que hagan sostenible la vida del ser humano y del resto de seres vivos en el planeta. Es un mundo deshumanizado que precisa encontrar una nueva ética. El valor ha de entenderse como una forma de entender y apreciar lo positivo de cada una de las personas, familias, ideas y cosas: siempre en relación con la propia cultura. Es una cualidad estructural que tiene existencia y sentido en situaciones concretas.

La importancia de una correcta jerarquía de los valores reside, sobre todo, en la facilidad que puede proporcionar para una orientación de la vida. Quien no tenga clara la jerarquía de los valores, normalmente, se encontrará perplejo frente a una decisión que tenga que tomar. Es cierto que nacemos humanos pero eso no es suficiente: tenemos que llegar también a serlo y, a través de esta premisa, podemos darnos cuenta de la necesidad de moldear al ser humano. Para ello, se requieren ciertos valores como la tolerancia, igualdad, respeto, unidad, responsabilidad, libertad, paz, amor, honestidad, felicidad y humildad en la sociedad actual, que han sido sustituidos por el egoísmo, la indiferencia o el individualismo.

Todas las sociedades poseen un lenguaje moral con el que expresar lo bueno y lo malo: esto es permitido, esto no; lo que condiciona los comportamientos con la finalidad de organizar, dominar y oprimir a la sociedad o sostener intereses de las personas que tienen poder dentro de ella. El lenguaje moral comprende el campo de los valores que orientan al ser humano a conductas de perfección individual y comunitaria. La ética forma parte de estos valores, se

puede considerar como soledad, interioridad y, en esencia, autenticidad. Pero también es cierto que se puede percibir como todo lo contrario: comunicación, “sociedad”, afirmación del vínculo interhumano. Lo social es tan definitorio de lo ético como lo individual¹⁷⁹.

Cuando la persona actúa positivamente, se dice que posee virtudes. Lo que hace es moralmente permitido, lícito, honesto, ético y otros. Esto ayuda a la realización y perfección humana. Por el contrario, los actos negativos son calificados como: inmorales, ilícitos, prohibidos, deshonestos, antiéticos y otros que imposibilitan a la persona y su comunidad el perfeccionamiento. Existen principios que representan el bien moral como criterio de perfección y bienestar de la comunidad, como son: el amor, el respeto, la vida, la verdad, la cultura y el trabajo. Todos estos principios nos los inculcan desde la infancia en nuestros hogares, la escuela, la iglesia y en la comunidad donde vivimos; son códigos de comportamiento para ser aceptados y respetados por todos. Cuando el ser humano no se encamina por estos valores ideales que lo llevan a ser feliz, la conciencia le dicta lo malo de su actuación o, por el contrario, le habla del bien moral. Para comprender estas ideas, es necesario definir la moral y la ética. La moral es un conjunto de normas o reglas que establecen la distinción entre lo bueno y lo malo para el desarrollo humano. Mientras, la ética la define como el estudio sistemático de la moral. Estudia el valor de bueno o malo que tienen las conductas de los seres humanos.

Fernando Savater, en su libro “Ética para Amador”, recoge que la ética es “el *arte de vivir*, el *saber vivir*”. Por lo tanto, hace referencia al arte como la manera de discernir lo que nos conviene como lo bueno y lo que no nos conviene, como lo malo”¹⁸⁰. La ética se basa en la comprensión del mundo como una red de reacciones en la que nos sentimos inmersos y de donde surge el reconocimiento de la responsabilidad hacia los otros. Para ella, el compromiso hacia los demás se entiende como una acción en forma de ayuda. Una persona tiene el deber de ayudar a los demás. Si vemos una necesidad, nos sentimos obligados a procurar que se resuelva¹⁸¹.

En la vida se presentan situaciones en las que es preciso ayudar en las necesidades ajenas, el deseo de evitar el daño, la circunstancia de ser responsable del otro, tener que proteger, atender a alguien... Esto es “ética del cuidado”. La moralidad de esta manera es entendida como compromiso, que deriva precisamente de la certeza de que el bienestar e, incluso, la

supervivencia requieren algo más que autonomía y justicia: el reconocimiento y cumplimiento de los derechos y deberes.

Una de las autoras más influyente a nivel internacional es Carol Gilligan¹⁸², psicóloga y enfermera, que analizó la existencia del cuidado como valor ético, un valor paralelo y complementario al de la justicia. Ella propone la ética del cuidado como la responsabilidad social, desde la que se plantea la búsqueda del bienestar de las personas, de aquellas que se habrían de ver afectadas por las decisiones morales, las cuales tienen consecuencias para la vida y para el futuro de las próximas generaciones. Hace una propuesta por una segunda voz que aboga por "las diferencias, por el reconocimiento de historias particulares, por el cuidado y el deseo de bienestar del otro y por la benevolencia como matriz de las relaciones sociales y del juicio ético".

Para la ética del cuidado, la responsabilidad se entiende como una acción en forma de ayuda. Una persona tiene el deber de ayudar a los demás, de tal modo que no puede ni plantearse la omisión: Si vemos una necesidad, nos sentimos obligados a procurar que se resuelva. Sin embargo, esto se basa en la comprensión del mundo como una red de relaciones, en la que nos sentimos inmersos, así surge un reconocimiento y una responsabilidad hacia los otros.

Noddings, citada por Campos Pavone, partiendo de las ideas de Gilligan y Mayeroff, defiende que los seres humanos quieren cuidar y ser cuidados y que, por lo tanto, hay un "cuidado natural" accesible a toda humanidad. Ciertos sentimientos, actitudes y memorias son universales, aunque el razonamiento ético resultante en que se basa puede no ser universalizado¹⁸³. La capacidad de actuar éticamente es entendida por la autora como una "virtud activa" que requiere dos sentimientos. El primero es el sentimiento natural de cuidado y el segundo es consecuencia de la respuesta a la memoria del primero, ya que cada persona tiene consigo un recuerdo de los momentos en los cuales cuidó o fue cuidada. Hay momentos en que cuidar se presenta como algo completamente natural, no impuesto por conflictos éticos, porque el "querer" y el "deber" coinciden. La cuestión gira en torno a la exigibilidad del cuidado. En la opinión de Noddings, ciertamente, no puede haber una exigencia acerca del impulso natural que brota como un sentimiento, una voz interna que dice "yo debo hacer algo" en respuesta a las necesidades del otro. La autora defiende que, al menos que haya alguna patología, este impulso surge naturalmente, incluso de forma ocasional. No se puede exigir que alguien tenga este impulso, por eso los que lo manifiestan nunca son rechazados¹⁸⁴.

Pero, como dice la autora, no se debe descartar la hipótesis de que, al sentir el impulso natural inicial, la persona lo rechaza, pasando del "yo debo hacer algo" a "algo se debe hacer", excluyéndose de esta forma de la lista de posibles agentes a través de los que se podrían dedicar a cuidar. Cuidar requiere que la persona responda al impulso inicial como un acto de compromiso, lo que configura el segundo sentimiento, genuinamente ético y que brota de la evaluación de los razonamientos de cuidado como algo bueno, mejor que cualquier otra forma de relación. La persona que cuida reconoce que su respuesta puede fortalecer o disminuir su ideal ético, puede afectar "al como alguien que cuida". Así, la fuente de obligación para el segundo sentimiento reside en el valor atribuido a las relaciones de cuidado como resultante del cuidar y de ser cuidado real y de la reflexión sobre cuántas de estas situaciones concretas de cuidado son buenas. Todo depende, en última instancia, de la voluntad de la decisión individual de ser bueno y de permanecer en una relación de cuidado con los otros¹⁸⁵.

De los servicios de salud cada vez se escucha con más frecuencia que existe una creciente deshumanización. Pero ¿qué significa en realidad Deshumanización? significa quizás no prestar interés por los problemas humanos¹⁸⁶. Cuando se habla de deshumanización de la salud, suele querer decir el trato poco amable que han recibido por parte de los profesionales, que inmersos en su ciencia cosifican al paciente y se olvidan de tratar al ser humano, por lo tanto de lo que en realidad se está hablando es de falta de falta de cuidado en los servicios de salud. Como vemos esto es la antítesis del significado que vimos del cuidado, el cuidado es lo que nos hace humanos¹⁸⁷.

Son varias las causas que nos están llevando a la deshumanización de los servicios de la salud. Por un lado, el gran desarrollo de la biotecnología ha creado grandes expertos en una materia concreta. Se dice que son grandes profesionales, que tienen mucha profesionalidad y competencia científica. Según Victoria Camps, en nuestro tiempo, esta profesionalidad está lejos de alcanzar la categoría de virtud moral, debido a que está lejos de ser una persona comprometida y moralmente responsable en el desempeño de la función o actividad que realiza. Lo cual pone de manifiesto un reduccionismo y una simplificación de las características de un mundo que valora los comportamientos de las personas por los resultados más que por los principios a los que deberían atenerse y servir. La profesionalidad equivale al trabajo bien hecho, pero la noción de trabajo queda reducida a una cierta pericia técnica, a una habilidad práctica, que no va más allá de hacer las cosas materialmente bien. La profesionalidad

requiere estar en posesión de una competencia científica y técnica, competencia que es, sin duda, el primer deber moral de un profesional, aunque no el único. La responsabilidad profesional exige algo más, lo que es común a todas las profesiones, pero se centra más en las profesiones sanitarias que tienen como razón de ser la calidad de la vida humana¹⁸⁸.

Por otro, el contexto de reducción de los presupuestos en los servicios sanitarios contribuye a la deshumanización, pues las presiones laborales de los profesionales a veces les hacen estar quemados y no ofrecer un buen trato a los pacientes. Las Enfermeras ante esta situación, se encuentran inmersas en una encrucijada, se percibe que está perdiendo muchos de los rasgos que han caracterizado a su profesionalidad desde su nacimiento y que llevaron a considerarlas como portadora de un alto carácter humanista en su actuación.

Pero lo cierto es que todas las personas cuando se encuentran en la necesidad de acudir a un servicio de salud, esperan de los profesionales sanitarios, y en especial de las enfermeras, un carácter profesional. Es decir, que sepan lo que hacen, pero a la vez sean tratados con respeto a sus características propias. Esto es, necesita ser escuchado, ser tratado con justicia y con sinceridad. En definitiva, que les den buen trato, con cuidado¹⁸⁹, para así poder mantener la dignidad como ser humano. Algunos pacientes relatan las faltas de respeto que tuvieron que sufrir durante alguna experiencia, cuando fueron tratados con brusquedad, no fueron sinceros con ellos, les mintieron, por ejemplo, con relación al tiempo de demora que debían de esperar al médico o a la enfermera, no fueron escuchados¹⁹⁰. El respeto es asociado al cuidado porque éste significa preocupación y amor, promoviendo apoyo psicológico, siendo amigable y amistoso y dedicando tiempo para poder realizar un buen trabajo. Las pequeñas cosas, los simples gestos de solidaridad, el contacto físico la ayuda que disminuir el sufrimiento¹⁹¹.

La moralidad de las acciones de las enfermeras estará determinada principalmente por la finalidad con la que vayan a hacer las cosas y la intención que se tenga para hacerlas. Para que una actuación pueda ser calificada como buena, es necesario que se haga con intención de proporcionar bienestar y además es imprescindible tener buenas intenciones al hacerlo. En consecuencia, la relación de la enfermera con el usuario-comunidad debe ser no sólo agente técnico sino moral, donde la comunidad o el usuario necesitan ayuda técnica y ética. Por lo tanto, dicha relación debe basarse en el principio de autonomía y de libertad de todos los sujetos implicados en ella: la enfermera, usuarios, trabajadores sociales, etc.

Desde esta perspectiva, se considera que la enfermera debe tener claro que los valores morales son construidos por la sociedad. En la medida en que se van dando las vivencias y experiencias de las personas, éstas van tomando conciencia de su sentimiento moral, surgiendo en ellas el conocimiento de la dignidad. Es por esto, que se debe conocer la cultura de la comunidad para la cual se trabaja, orientando al profesional de enfermería en cuanto a la forma de abordar a los habitantes y la toma de decisiones.

Los valores humanos tienen un carácter objetivo, en tanto que son asumidos como rectores por una sociedad y el carácter subjetivo le viene dado al ser reflejados de forma distinta por cada persona dependiendo de cuales sean sus intereses, capacidades, historia individual, interacción con el contexto histórico social en que vive y donde asume los valores que la sociedad ha determinado como propios. La Enfermera Comunitaria tiene como obligación atender a la comunidad desde valores esenciales como la ética y la moral, lo cual no implica intromisión en la vida privada de los usuarios sino despertar la racionalidad de lo que significa la búsqueda de la calidad de vida y su fase deseada que es la dignidad de la persona. El compromiso que la enfermera comunitaria debería de asumir es el de comprender que en este mundo global y agitado se han perdido algunos de los valores que regían la vida, que han sido cambiados por otros, y que esto afecta directamente tanto a la salud individual, familiar y de la comunidad en general por ello es imprescindible recuperar el valor de los cuidados, con el fin de que los derechos básicos de los ciudadanos sean respetados, pues son el camino para conseguir el bienestar y la solución a las necesidades básicas y fundamentales del ser humano, en la sociedad y en el mundo que habita.

Fransec Torralba indica que la acción de cuidar plantea graves desafíos de carácter ético, donde resulta absolutamente necesario reflexionar en torno a las categorías de libertad, intimidad, justicia y bien. La acción de cuidar debe realizarse dentro de unos cauces éticos para alcanzar su grado óptimo¹⁹². Plantea seis dimensiones en la ética del cuidado, que construyen la ética personal y profesional: edificante, responsable, esperanzador, empático, libre y de ayuda. Veamos cada una de ellas. Cuidar es una acción edificante, entendiendo dicho término como el tratar de recomponer el interior de la persona doliente para que vuelva recuperar su identidad personal, rehacerse después de la caída y la frustración que produce el enfermar. Cuidar conlleva responsabilidad, acompañar a un ser humano vulnerable y frágil es ejercer una forma de responsabilidad social y cívica. Es acompañar a un sujeto, preocuparse

por él y asumir esta preocupación como un deber moral y no como un sentimiento de proximidad a la persona. Es por esto que cuidar posee un carácter ético, además de antropológico, psicológico, social y espiritual. El proceso de cuidar supera los límites de la técnica y contiene elementos profundamente éticos. El cuidar presupone técnica y habilidad pero no solo se reduce a éstas. Cuidar, además, es dar esperanza. Acompañar significa velar por el ser humano, luchar contra el nihilismo, el abandono y el fracaso. Y este velar y preocuparse revela sensibilidad ética. La transmisión de esperanza es la clave para la supervivencia anímica del doliente. Es la espera de la posibilidad del bien. La simpatía o empatía es fundamental para vincular al paciente con el cuidador. Significa que el cuidado ha de hacer el esfuerzo por situarse en el “pathos” ajeno a pesar de la distancia que lo separa, hacer el esfuerzo de situarse en las coordenadas anímicas del otro. Cuidar es el derecho de la libertad del doliente, es ayudarle a recuperar su autonomía, su fondo personal, su responsabilidad y su criterio. Según Torralba, esta acción está preñada de humanidad y manifiesta que a quien no amamos lo tratamos “sin cuidado” ni “miramientos”. Cuidar finalmente es ayudar al otro a recuperar el sentido de su vida.

Una gran diferencia que existe entre los valores éticos morales y el resto de tipos radica en que todo objeto, proceso o fenómeno puede ser portador de cualquier tipo de valor, excepto de valores ético-morales, los cuales únicamente son portados por el ser humano, como potencialidades para la acción, a través de propiedades de elementos del psiquismo. Los principios y valores que componen la ética del cuidar son el compromiso, la responsabilidad y la esperanza. Al reflexionar sobre estos valores o principios, se ve que pueden ser a sí mismo definidos como ingredientes o categorías de cuidar, pero Vera Waldow afirma que el cuidado es ético en sí mismo¹⁹³.

En enfermería el cuidado es una acción que implica comportamientos y actitudes que expresan estos mismos valores y principios considerados éticos. Esto equivale a entender que la ética de la enfermería es el cuidado. O mejor, se piensa que el cuidado es la propia ética o, mejor aún, es la dimensión práctica de la ética¹⁹⁴. Es fácil entonces comprender que cualquier persona no puede cuidar de otro si no tiene en cuenta sus componentes y si no reúne algunas condiciones tales como: concienciación y conocimiento sobre la necesidad de cuidado de los individuos y de la comunidad en la que viven, intención de actuar de manera positiva y acciones basadas en

conocimientos y valores éticos morales, así como tener verdadero deseo conseguir el bienestar del otro.

II.3. *El Género, el Cuidado y la Enfermería*

Para poder hacer un análisis de la enfermería como profesión con mayoría de mujeres, en una razón que varía de 4:1 a 5:1 en España, y en proporciones aún mayores en casi todos los países del mundo, resulta imprescindible analizar la relación que se establece entre el género, el cuidado y la enfermería.

II.3.1. *El Concepto de Género*

Fue Simone de Beauvoir, en su obra “El Segundo Sexo”, una de las primeras autoras que en 1949 empezó a utilizar la categoría de género. En él ella plantea que las características humanas consideradas “femeninas” son adquiridas por las mujeres mediante un complejo proceso individual y social, en vez de derivarse “naturalmente” de su sexo. Y afirmaba: “Una no nace mujer, sino que se hace mujer”¹⁹⁵. Las feministas consideran que ésta fue la primera declaración célebre sobre el género. Estas en la década de los 70, acuñaron el término “género” para hacer mención a la construcción cultural y social de los comportamientos, actitudes y sentimientos de hombres y mujeres. El concepto género pretendía poner fin a las explicaciones que derivaban de las determinaciones biológicas y su construcción cultural se encontraba en poner el foco de atención en la diferencia entre los sexos.

Más tarde, en 1986, Joan Scott, historiadora americana, escribió un influyente artículo sobre el género, y éste se convirtió a partir de entonces en un importante instrumento de análisis.¹⁹⁶ Comenzaron a realizarse estudios de género, que eran reflexiones sobre las consecuencias y significados que tiene pertenecer a cada uno de los sexos, corresponderían al segmento de la producción de conocimientos que se ha ocupado de ese ámbito de la experiencia humana¹⁹⁷. Comenzó a utilizarse la “perspectiva de género”, que hace referencia a los marcos teóricos adoptados para una investigación, capacitación o desarrollo de políticas o programas, e implica: reconocer las relaciones de poder que se dan entre los géneros, en general favorables a los varones como grupo social y discriminatorias para las mujeres; que dichas relaciones han

sido constituidas social e históricamente y son constitutivas de las personas; que las relaciones atraviesan todo el entramado social y se articulan con otras relaciones sociales, como las de clase, etnia, edad, preferencia sexual y religión. La perspectiva de género opta por una concepción epistemológica que se aproxima a la realidad desde las miradas de los géneros y sus relaciones de poder¹⁹⁸.

En general, la categoría de género es una definición de carácter histórico y social acerca de los roles, identidades y valores que son atribuidos a varones y mujeres e internalizados mediante los procesos de socialización. Sus características y dimensiones principales son: la construcción social e histórica (por lo que puede variar de una sociedad a otra y de una época a otra); son una relación social (porque descubre las normas que determinan las relaciones entre mujeres y hombres); son una relación de poder (porque nos remite al carácter cualitativo de esas relaciones); son una relación asimétrica, si bien las relaciones entre mujeres y hombres admiten distintas posibilidades (dominación masculina, dominación femenina o relaciones igualitarias). En general, éstas se configuran como relaciones de dominación masculina y subordinación femenina; son abarcativas (porque no se refiere solamente a las relaciones entre los sexos, sino que alude también a otros procesos que se dan en una sociedad: instituciones, símbolos, identidades, sistemas económicos y políticos...); son transversales (porque no están aisladas, sino que atraviesan todo el entramado social, articulándose con otros factores como la edad, estado civil, educación, etnia, clase social...); son una propuesta de inclusión (porque las problemáticas que se derivan de las relaciones de género sólo podrán encontrar resolución en tanto que incluyan cambios en las mujeres y también en los hombres); son una búsqueda de una equidad que sólo será posible si las mujeres conquistan el ejercicio del poder en su sentido más amplio (como poder crear, poder saber, poder dirigir, poder disfrutar, poder elegir, ser elegida, etc.).

La discriminación de género parte de una mirada androcéntrica del mundo, que sitúa al hombre como centro de todas las cosas. Esta concepción de la realidad parte de la idea de que la mirada masculina es la única posible y universal, por lo que se generaliza para toda la humanidad, sean hombres o mujeres. El androcentrismo conlleva la invisibilidad de las mujeres y de su mundo, la negación de una mirada femenina y la ocultación de las aportaciones realizadas por las féminas.

II.3.2. *El Patriarcado*

En su sentido literal, significa gobierno de los padres. Históricamente, el término designa un tipo de organización social en el que la autoridad la ejerce el varón jefe de familia, dueño del patrimonio, del que formaban parte los hijos, la esposa, los esclavos y los bienes. La familia ha sido y en gran medida los sigue siendo, indudablemente, una de las instituciones básicas de este orden social¹⁹⁹. No hay consenso científico sobre los orígenes del patriarcado, aunque si se ha establecido una franja que se encontraría entre el 3.000 y el 5000 antes de nuestra era (antes de Cristo –ac-). Para algunos autores, entre ellos Engels, se remontaría a la época en la que los seres humanos comenzaron a criar ganado y surgió la necesidad de definir la propiedad privada del rebaño. Según Frederick Engels a partir de entonces es cuando se institucionalizaron no solo la propiedad privada, sino también la familia y el estado. La mujer comenzó a ser considerada propiedad privada de los hombres, primero del padre, que la daría en matrimonio y a quién le crea conveniente, siguiendo criterios, generalmente económicos, para la elección²⁰⁰. Por su parte Enrique Bernárdez²⁰¹ considera que por ejemplo en las sociedades germánicas los grandes cambios sociales se produjeron con las migraciones de los clanes en búsqueda de nuevas tierras de cultivo. Los enfrentamientos entre los clanes dieron lugar a la guerra. Surgieron entonces los jefes guerreros, que poco a poco fueron ganando poder en el grupo por la defensa del territorio. Aquí estuvo el origen de la realeza y de los cambios en las sociedades germánicas, que hasta entonces eran sociedades bastante igualitarias. La adoración de los dioses cambió, pasaron de adorar a las diosas femeninas de la fertilidad a los dioses de la guerra y la mujer disminuyó su prestigio social.

Los análisis de los efectos del patriarcado en la sociedad empezaron en los años setenta del pasado siglo XX por el movimiento feminista, cuando estas intentaban buscar una explicación que diera cuenta de la situación de opresión y dominación de las mujeres, si bien existe pensamiento feminista apenas conocido desde la Edad Media y particularmente del racionalismo ilustrado desde el siglo XVII²⁰². Fueron analizando y teorizando sobre las diferentes expresiones que ha ido adoptando a largo de la historia y las distintas geografías, estructurándose en instituciones de la vida pública y privada, desde la familia al conjunto de la sociedad. Fueron definiendo los contenidos ideológicos, económicos y políticos del concepto, que es el único que se refiere específicamente a la sujeción de las mujeres y singulariza la

forma del derecho político que los varones ejercen en virtud de ser varones. Constituye una categoría de análisis fundamental para la política, el pensamiento y la historia de las mujeres.

Las diferentes corrientes feministas han analizado el patriarcado desde sus diferentes puntos de vista. Las de la corriente feminista “radical” lo han definido como un sistema universal y transhistórico de estructuras políticas, económicas, ideológicas y psicológicas, a través del cual el hombre subordina a la mujer. Para esta corriente feminista, el patriarcado es el sistema contra el cual las mujeres deben oponerse y luchar. Por ejemplo, Celia Amorós lo define como un pacto entre varones interclasista, en el que se apropian del cuerpo de las mujeres como propiedad privada. “Podría considerarse al patriarcado como una especie de pacto interclasista, meta estable, por el cual se constituye en patrimonio del genérico de los varones en cuanto se autoinstituyen como sujetos del contrato social ante las mujeres que son, en principio, las supuesto. Los pactantes no están en igualdad de condiciones, pues hay distintas clases pactadas”, manifiesta²⁰³.

II.3.3. *Los diversos feminismos*

El feminismo es definido como la teoría, pensamiento y práctica social, política y jurídica que tiene por objetivo hacer evidente y terminar con la situación de opresión que soportan las mujeres y lograr, así, una sociedad más justa, que reconozca y garantice la igualdad plena y efectiva de todos los seres humanos. Como cualquier pensamiento humano es un pensamiento diverso, heterogéneo, integrado por una pluralidad de planteamientos, enfoques y propuestas²⁰⁴.

El feminismo coincide con los otros movimientos sociales como el abolicionismo y el sufragismo. Buena parte de su sentido y acción se dirige a mostrar, explicar, hacer explícito o visible ese conflicto para la opinión pública. Debemos de mencionar que con relación a la concepción del género hay que subrayar que existe un debate interno en el pensamiento feminista, que da lugar a diversas corrientes de pensamiento: el feminismo de la igualdad, el de la diferencia, el ecofeminismo y el del Postmodernismo y teorías de la deconstrucción.

Feminismo de la Igualdad

El feminismo de la igualdad, también llamado feminismo ilustrado, es el movimiento que arranca de la reclamación histórica de las mujeres en los siglos XVII y XVIII y que reivindica el derecho a ser reconocidas en pie de igualdad con los hombres. Denuncia la elaboración de diferencias de género, constituidas por la razón patriarcal como categorías naturales, cuando no son sino constructivos sociales y culturales. Este tipo de feminismo incluye el liberal, el socialista y el marxista, que se identifican por su esfuerzo a la hora de ampliar el marco público de los derechos a las mujeres, convencidos de que puede entenderse que existe un sexo indiferenciado y universal. Feministas representativas de esta corriente son Simone de Beauvoir, Seyla Benhabib, Kate Millet, Betty Friedan, Shulamit Firestone, Alice Schwarzer, Juliet Mitchell, Françoise Collin, Carol Pateman, Ina Wagner, Ilona Ostner y las españolas Concepción Gimeno, Concepción Arenal, Emilia Pardo Bazán y en el siglo XX Celia Amorós y Amelia Valcárcel²⁰⁵.

En “El segundo Sexo” Simone de Beauvoir realizó un alegato a favor de una mujer independiente, libre y “no dividida”, una mujer “sujeto”, cuya vida y destino no dependa de una relación de “alteridad”, que no sea mero sustrato derivado. Reconstruye la idea que de la mujer ha tejido la civilización occidental a lo largo de la historia desde diversos ángulos teóricos, tales como la propia historia, la Filosofía, el Psicoanálisis, el Marxismo y la Biología. Destaca que todas estas parcelas de conocimiento se edifican sobre el enunciado de la inferioridad de la mujer. Argumenta el postulado de la igualdad entre los sexos apoyado en los valores universales planteados con la de la Revolución Francesa (“Liberté”, “Egalité”, “Fraternité”). La relegación de la mujer se basa en una justificación de tipo biologista (“es útero”) a una posición inferior, función maternal y servidora para el varón, de modo preciso al espacio doméstico y su condición *secundaria* en comparación con el varón. Este pensamiento es el que le llevó a reclamar la igualdad de las mujeres, justamente en aquel ámbito que está ligado al estatus de la superioridad del hombre, que es el espacio público y laboral extra-doméstico. Así, dice literalmente: “La mujer ha superado en gran parte la distancia que la separa del hombre por medio del trabajo, el único que puede garantizar una libertad concreta”, aludiendo con ello al trabajo extra doméstico. Afirma que la condición biológica de las mujeres de ser madre, en el capitalismo moderno, llega a una situación límite, debido a su doble explotación como madre y esposa. Lo que la reduce a mera reproductora y objeto

sexual del marido, y que se encuentra anclada en el trabajo doméstico sin remuneración y dependiente del esposo²⁰⁶. Para salir de esta opresión, la mujer necesita igualarse con los hombres, sobre todo en el espacio público. Y esto solo se consigue aplicando los postulados de la Ilustración a las mujeres, a saber llegar a ser *sujetos* libres, razonables, con una función social y política independiente. De esta manera, se produce un rechazo consciente del papel tradicional femenino y de su subsiguiente función social, derivada únicamente de la condición biológica sexual específica. La repulsa del rol femenino tradicional.

Las feministas españolas como la filósofa Celia Amorós, que se define a sí misma como existencialista en la que igualdad implica, la igualdad entre varones y mujeres, en tanto que todos somos seres humanos. "La igualdad de género es el concepto normativo regulador de un proyecto feminista de transformación social"²⁰⁷. Distingue "los iguales", los varones que entran en el pacto como tales, es decir, como varones y, por tanto, iguales; de "las idénticas", las mujeres, las cuales forman una amalgama homogénea como excluidas del pacto social sólo realizado a través de una individualidad que posibilita el reconocimiento como igual²⁰⁸. Considera que para llegar a la igualdad hace falta implementarla en todos sus niveles y en todos sus aspectos, tanto en el ámbito de la vida pública como en el de su vida privada, porque es aquí donde se juegan las condiciones de posibilidad, de disponibilidad de tiempo, para acceder a la participación política o a los ámbitos importantes de la cultura en igualdad de condiciones. Piensa que es imprescindible que haya una definición con un estatuto legal, explicando en el nivel de los principios que nuestra democracia es igualitaria en lo que concierne a los sexos, pero que esto no es suficiente porque requiere también una permeabilidad social y, sobre todo, presupuestos para ser implementada, porque de otro modo sus limitaciones son evidentes²⁰⁹. Cree que a las mujeres se les ha engañado con el amor, las relaciones familiares y las relaciones de pareja, presentando todo ello como un objetivo que puede llenar su vida como seres humanos y, por tanto, neutralizar sus aspiraciones en otro orden. Considera que el patriarcado en la era global se cuele por todas partes. En primer lugar, en la globalización neoliberal, que ha tenido para las mujeres consecuencias nefastas, como el caso de los feminicidios de Guatemala o de Ciudad Juárez en México²¹⁰.

Amelia Valcárcel está considerada la máxima defensora del "feminismo de la igualdad en España". Considera que el primer feminismo forja sus armas en ese individualismo occidental que fue terminando con distintos genéricos como el linaje o los estamentos, para dar lugar a

los sujetos trascendentales o agentes morales racionales, a los ciudadanos dotados de iguales derechos. Individualismo es sinónimo de autonomía y no de insolidaridad. Del miedo a la igualdad parte este enfoque feminista²¹¹. El término de igualdad, según ella, es un concepto ético fundamental, la suposición por excelencia para plantear la universalidad, que es la forma propia del juicio moral²¹². Quiere decir que aquello que conocemos como moral no es posible sin la idea de igualdad en su significado más profundo de equipotencia, esto es, la fundamentación de la idea de igualdad en la simetría de las relaciones y no en la equiparación con otra instancia con la que no cabe parangón. La igualdad es una relación pactada; «ser igual» no tiene sentido en sí mismo, se es igual a algo, a alguien. Ahora bien, la aspiración a la igualdad es tan antigua como su restricción, y la igualdad es también heredera de la isonomía griega, donde funciona el concepto de intragrupo/extragrupo y los iguales entre sí aplican entre ellos un principio de equipolencia que niegan al resto, es decir, los elementos excluidos (extranjeros, mujeres, esclavos). Este concepto de «igualdad ante la ley» es semejante al que se encuentra en la base del concepto cristiano de igualdad: somos iguales respecto de un otro para quien no cuentan las diferencias que entre nosotros nos atribuimos²¹³. Podemos decir que la postura feminista de la igualdad proclama la validez fundamental y universal de la razón instrumental como la única que permite distinguir “*objetivamente lo verdadero de lo falso*”, axioma que rige en el terreno teórico-científico y en el práctico político.

Feminismo de la Diferencia

El concepto de diferencia no es nuevo, más bien ha ido ligado a discursos patriarcales y androcéntricos, que han entendido lo diferente como sinónimo de lo inferior. Cuando hablamos de Feminismo de la Diferencia nos referimos a una corriente que aboga por la no equiparación de la dualidad de un género al otro, sino más bien por el desarrollo de la diferencia genérica femenina en todos los órdenes simbólicos. Nació a mediados de los 70, en Estados Unidos y Francia, a raíz de grupos radicales, con su lema “ser mujer es hermoso”. Aboga por identificar y defender las características propias de las mujeres. Además, argumenta que el lugar que ocupamos en el mundo y que nos define no está únicamente determinado por el espacio que nos ofrece la sociedad sino también por nuestro cuerpo de mujer, con su estructura y sus ciclos vitales que determinan de alguna forma nuestra mirada

sobre el mundo. Afirma que definir la feminidad y las mujeres desde un código simbólico binario y jerarquizador favorece la marginalidad de ellas. El objetivo ya no es conseguir la igualdad, puesto que para las mujeres “ser igual” acabará convirtiéndose en “ser iguales a los hombres”, y esto es porque por una parte anula la subjetividad «femenina» (al moldearla sobre el modelo masculino) y por otra impide la verdadera liberación de las mujeres. Existen tres escuelas dentro del feminismo de la diferencia: El Pensamiento maternalista de la escuela americana, las teóricas feministas francesas e Italianas y el de las diferencias múltiples.

El Pensamiento maternalista, para el cual la diferencia entre hombres y mujeres es de orden moral, está formado por defensores como Carol Gilligan y Nancy Chodorow, quienes ponen de manifiesto la aproximación de las mujeres en las relaciones interpersonales. En este trabajo nos interesa, de manera especial, el pensamiento de Carol Gilligan, por como aborda el tema del cuidado. Su obra más destacada sobre la ética del cuidado es “La moral y la teoría: Psicología del desarrollo femenino”²¹⁴.

Gilligan cree que, frente a la visión tradicional de occidente, que ha privilegiado una forma de conocimiento y una cosmovisión centrada en lo masculino, en detrimento de una visión femenina, es necesario tanto resaltar cómo asumir una perspectiva desde lo relacional y de cooperación, que es la manera como las mujeres asumen el desarrollo de los conflictos morales. En sus trabajos de investigación, observó el modo de razonamiento moral que encuentra en las mujeres entrevistadas. Esto le llevó a una distinción clave de su teoría: los juicios morales masculinos ante situaciones particulares se basaban en derechos básicos individuales que concebían la moral en términos de jerarquía de valores, orientación ética a la justicia, mientras que las mujeres desarrollaban su moral a partir de las relaciones con otros y el apego, lo que llevaba a una moral del cuidado y la responsabilidad de otros, orientación *ética al cuidado*²¹⁵. El actuar moral de las mujeres se centraría más en la responsabilidad que surge de la conciencia de formar parte de una red de relaciones de interdependencia. Ella fue la encargada de denominar la lógica de red. El juicio moral de las mujeres, dice, es más contextual, está más inmerso en los detalles de las relaciones, y muestra una mayor inclinación a adoptar el punto de vista del “otro particular”, a empatizar. Esta contextualización y particularización del otro, lejos de ser muestra de debilidad o deficiencia moral, la entiende como madurez moral. Según esta visión, el respeto hacia las necesidades de los demás y el esfuerzo por satisfacerlas (fruto de entenderse a sí misma en relación con los demás),

sustentan el crecimiento y el desarrollo moral²¹⁶. Esta moral se va construyendo a lo largo de los procesos de socialización a través del desempeño de roles tradicionales de género, en la esfera de lo privado y en una cultura patriarcal donde son más valoradas características como la independencia y la autonomía. La moral femenina se ve marcada por la identificación de la niña con la madre y por una socialización destacada por el apego, ya que esta identidad se define en la relación con los otros, generando dificultades a las mujeres para la individuación, mientras la moral masculina se ve afectada por el distanciamiento del niño de su madre y, por lo tanto, por la búsqueda de independencia y autonomía. Esta moral se evidencia en las formas y estilos de participación de mujeres y hombres en la vida pública y en el ejercicio del poder, en últimas en sus procesos de socialización política²¹⁷.

Para Gilligan, la fuerza de la percepción moral de las mujeres descansa en su rechazo a la imparcialidad, la separación y la despersonalización. La moral, según Carol Gilligan, es cuestión de atención y cuidado; consiste en dedicar tiempo y energía para considerarlo todo. Decidir sin cuidado o de prisa sobre la base de uno o dos factores cuando sabemos que hay otras cosas que son importantes y serán afectadas: eso es inmoral. La forma moral de tomar decisiones es considerar todo lo que se pueda, todo lo que se sepa²¹⁸.

La propuesta de las teóricas feministas francesas es no representar la identidad femenina, ya que toda representación será falocéntrica y masculina, es decir, estaría dominada por la razón dominante, la razón patriarcal. El potencial subversivo de la identidad femenina radica precisamente en mantenerse descategorizada, en alejarse de las clasificaciones solidificantes. Sus máximas exponentes son la psicoanalista francesa Luce Irigaray, la filósofa italiana Luisa Muraro y el colectivo filosófico Diótima. En España, como feministas de la diferencia, cabe mencionar a Victoria Sendón de León y a Milagros Rivera Garretas.

En 1974, Luz Irigaray publicó la obra "Speculum" (Espéculo) con una nueva visión feminista apoyada en una *Genealogía de la Femenidad*. Planteaba que las mujeres deben de igualarse a sí mismas. Dijo que "lo femenino es lo desconocido en la ciencia (...), el fleco ciego del logo centrismo"; lo que siempre ha sido negado por medio de "la negación de una subjetividad a la mujer, la hipoteca que garantiza toda constitución irreductible de objeto: de representación, de discurso, de deseo²¹⁹". Defiende con ahínco la necesidad de una nueva identidad para mujeres y hombres basada en "derechos sexuados". Le interesa ciertamente de forma específica la identidad femenina, que las mujeres contengan y conserven un "magnetismo

diferente” y “la morfología de un cuerpo sexuado”. Rechaza el modelo masculino de la igualdad y el concepto de la igualación de las mujeres, insistiendo en el error epistemológico de querer neutralizar las diferencias del sexo, ya que esto supondría “el fin de la especie humana”. Respecto a las mujeres, indica que “su explotación está basada en la diferencia sexual y sólo a través de ella puede resolverse”. En realidad, reclama valores positivos y éticos para los dos géneros y el reconocimiento (la devolución) de los valores culturales inherentes a la sexualidad femenina, puesto que “la especie humana está dividida en dos géneros que aseguran su producción y reproducción. Por tanto, querer suprimir la diferencia sexual implica el genocidio más radical de cuantas formas de destrucción ha conocido la Historia”. Aboga por un modelo de “creación y no de procreación”; si no se llega a un nuevo modelo que revalore lo femenino “las feministas corren el peligro de estar trabajando por la destrucción de las mujeres y de todos sus valores”. En definitiva, para ella es evidente que “la igualdad entre hombres y mujeres no puede hacerse realidad sin un pensamiento del género en tanto que sexuado”²²⁰.

Este pensamiento fue también desarrollado por el colectivo filosófico femenino de la Librería de Mujeres de Milán en su ya clásico “No creas tener derechos. La generación de la libertad femenina en las ideas y vivencias de un grupo de mujeres”. Se trata de un texto de escritura colectiva en el que se narraban las experiencias políticas de diversos grupos de mujeres de Milán, principalmente, entre los años 1966 y 1986. Dado que las mediaciones sociales y simbólicas existentes respondían a una construcción falocéntrica del mundo, la posibilidad de inscribir social y simbólicamente la diferencia sexual requería la elaboración de mediaciones femeninas. La práctica política de las feministas italianas de la diferencia sexual se articula en torno a la propuesta de sexualizar las relaciones sociales. Lo que pretende es quitarles su aparente neutralidad y mostrar que en las maneras socialmente corrientes de relacionarse con sus semejantes, una mujer no se encontraba íntegramente ni con su placer ni con sus capacidades. Porque las motivaciones para implicarse en el juego social, como también sus reglas y sus ganancias, están todas, directa o indirectamente, dirigidas a la masculinidad, dirigidas a suscitarla o gratificarla. Es difícil involucrarse en una situación en la que el propio placer es siempre una incógnita. Para crear condiciones en las que el deseo y el placer femeninos encontrasen lugar social era preciso otorgar autoridad a los medios inventados por el movimiento de mujeres y reconocer a éstas fuente de autoridad y legitimidad socio-simbólica. Es decir, la apuesta consiste en mostrar lo necesario que resulta dar representación

social y simbólica a las relaciones libres entre mujeres y generar estas mediaciones como práctica política. La política de la diferencia sexual se presenta, de esta manera, como una práctica de libertad.

Las mujeres de este colectivo no reducen la cuestión de la libertad a la liberación de la opresión, sino que su preocupación central es la libertad entendida como capacidad de fundar nuevas formas de asociación política, que no pueden pensarse independientemente de la diferencia sexual. Donde ésta no ha de ser destruida ni trascendida, sino re-simbolizada, transformándola «de causa social de no-libertad en principio de nuestra libertad»²²¹. De este modo, la dirección a seguir será para este feminismo la de implementar lo femenino. De este modo, se extenderá por el feminismo italiano de la diferencia sexual la necesidad del *affidamento*. Conceptualmente, la madre simbólica y la relación de *affidamento* son dos de los ejes sobre los que se construyó el feminismo de la diferencia en Italia. Y las dos referencias apelan a una misma necesidad: la de mediación simbólica que tienen todas las mujeres para con el mundo en el que viven. La óptica de la madre simbólica la encontramos en Luisa Muraro, que fue una de las fundadoras de la Librería de Mujeres de Milán y que, en 1991, publicó su obra más conocida, que lleva por título “El orden simbólico de la madre”.

En esta obra, Muraro empieza por plantearse justamente la dificultad de comenzar. Y, a partir de una rápida revisión de filosofías clásicas de la historia del pensamiento como las de Platón, Descartes o Husserl, constata una ausencia decisiva en toda la historia del pensamiento y que le va a servir de punto de partida: “De pronto advierto que el inicio buscado está ante mis ojos: es el saber amar a la madre”, recoge²²². En el saber amar a la madre se encontrará el primer principio, que (al modo de la evidencia de la filosofía cartesiana) le permite derivar otros pensamientos más complejos. Ella aclara que no se refiere al amor a la madre, entendido esa cultura del amor por cómo son criados. Habla de madre como potencia, como potencia materna, se entiende que “el patriarcado ha limitado y expoliado a las mujeres”, habla de la madre en términos reales. Y a partir de ahí es cuando se hace posible reconciliarse, incluso con el discurso patriarcal, si se hace desde la comprensión de que, prioritariamente, es necesario *saber amar a la madre*. Para Muraro, sólo si partimos de ese *saber amar a la madre* (a modo de pre-Edipo originario) podremos resignificar nuestro orden simbólico y, entre otras cosas, podremos resignificar la misma noción de metafísica. Porque, al situar la relación materna como relación originaria y, por tanto, como relación superior a cualquier otra, ésta se

convierte en ese algo más que siempre está presente en todo lo que decimos e, incluso, en tanto que simplemente decimos. El reconocimiento femenino de esa experiencia originaria con la madre implica también el reconocimiento de su autoridad. Y esa autoridad de la madre se reconoce en la normatividad de la lengua materna que “no se ejerce como ley, sino como un orden vivo más que instituido”. Es aquí, a través de la lengua, cuando aparece ese orden simbólico de la madre que da título a toda su obra.

Es necesario aceptar que el orden materno es el orden simbólico para las mujeres por excelencia y, sobre todo, el reconocimiento de la autoridad de la madre a partir de ahí. Muraro manifiesta que sólo por ese reconocimiento es posible la independencia femenina. Sólo eso nos permite independizarnos del orden masculino y jugar desde otros parámetros simbólicos: desde el orden alegórico de la madre y de su autoridad. Sin aceptar tal autoridad se produce “el desorden más grande que pone en duda la posibilidad misma de la libertad femenina.

Para esta autora debe de haber una política de la mujer, que nada tiene que ver con la política en el sentido del feminismo reivindicativo de la igualdad. Ella afirma que las mujeres han venido practicando la automoderación debido a su propia represión. Y considera que la mujer acaba con esta represión, cuando descubre la necesidad simbólica de la madre, cuando “presta oído a la enormidad de los deseos y los miedos” En resumen, hay que partir de la autoridad de la madre, reconociéndola como la primera mediadora de la mujer con el mundo, por tratarse de la relación femenina originaria y, con ello, de la relación prioritaria a cualquier otra para una mujer. Por tanto la política que el feminismo de la diferencia que planteado Muraro será la de “dar traducción social a la potencia materna”.

En cuanto al concepto de *affidamento*, hace referencia al reconocimiento de la autoridad femenina. Hablar de *affidamento* es hablar de algo similar a “dar seguridad: las mujeres tienen que reconocerse entre ellas y, por medio de sus maestras, comunicarse unas con otras la capacidad de determinar por ellas mismas sus vidas y de dar más relevancia a los contextos femeninos”. Las propias mujeres de la Librería de Milán entienden que la relación de *affidamento* viene a ser “esta alianza, donde ser vieja se entiende como el conocimiento que se adquiere con la experiencia de la exclusión y ser joven, como la posesión de las aspiraciones intactas, donde una y otra entran en comunicación para potenciarse en su enfrentamiento con

el mundo". Así entendida, la relación de affidamento viene a entenderse como un esquema relacional iniciático.

Las feministas españolas recibieron una gran influencia de la vertiente italiana, tal y como lo manifiesta la historiadora y ensayista Milagros Rivera Garretas²²³. Victoria Sendon de León reconoce que defiende la diferencia por su cualidad y como deconstrucción de un igualitarismo que no se cuestiona el modelo de mundo, ya que ser iguales en este contexto que no nos convence carece de significado"²²⁴.

El feminismo de la diferencia tiene grandes críticos dentro de los discursos actuales de la teoría feminista, incluidos aquellos que se reclaman de la postmodernidad. A Teresa de Laurentis entiende que el modelo de la diferencia sigue preso de la idea de sujeto propia de la modernidad, de esa subjetividad esencial y constituyente que, para la postmodernidad, se ha fragmentado y hecho añicos hace ya mucho tiempo²²⁵.

Las españolas Celia Amorós y Amelia Valcárcel también son críticas con esta postura. La primera cree que estas corrientes feministas hacen feliz al patriarcado y a la derecha, pues abandonando la polis a los patriarcas, en lugar de confrontarlos como Antígona o como Olympe de Gouges, y reivindicando lo esencialmente "nuestro", nuestra supuestamente exclusiva capacidad femenina "para el cuidado de los otros" al que siempre hemos sido enclaustradas, terminan "convalidando el paro femenino, el subempleo, el trabajo a tiempo parcial o el precario, en suma, permitiendo o incluso alentando que prolifere ese caldo de cultivo de los sacrosantos valores de la diferencia sexual femenina que vienen a resumirse en: así se atiende mejor las casas y las familias"²²⁶. Valcárcel dice que el esencialismo insiste en homogeneizarnos cuando sabemos que no hay una esencia femenina que nos homogenice, que no hay "la mujer" sino mujeres diversas unas de otras. Al igual que no hay una esencia masculina, no existe "el hombre" sino hombres distintos unos de otros. Como en tiempos de la Revolución Francesa, lo que las feministas quieren es que todos los seres humanos sean libres, iguales y solidarios. Pero eso no se va a dar por generación espontánea ni por decisión de una o uno que lo decreta, advierte Valcárcel: "para llevar a cabo esta tarea, la formación del <nosotras> es imprescindible". Construir la individualidad es una tarea colectiva, "el feminismo es el único internacionalismo que queda en pie"²²⁷. Por su parte, considera que el colectivo "mujeres" no ha de construirse a los fines de la lucha recurriendo al esencialismo o al naturalismo. Simplemente, se ha de reconocer que las mujeres comparten la designación

(heterodesignación, designación patriarcal) "la mujer" y un número determinado de figuras, una fenomenología, no una esencia. Comparten una "posición funcional" (la sumisión) distinta a la de los hombres. La gran tarea feminista es, para esta filósofa, terminar con los islotes de naturalismo (con las "designaciones ilegítimas" que definen lo que es propio de un sexo), aplicando las categorías políticas de la democracia a la familia. Para lograrlo, ha de alcanzar la capacidad de pacto y superar el miedo al poder. Éste no debe ser entendido a la manera contracultural como sustancia oscura y maléfica, sino según el concepto espinoziano de poder de la voluntad que anima el pensamiento moderno. "Reclamar la individualidad es el necesario golpe en la base del estereotipo genérico." Pero para conseguir la individualidad hay que realizar una tarea colectiva superando la falta de estructuras del movimiento feminista. Y en este momento en que la crisis de las ideologías dificulta a menudo la definición de la identidad de izquierda y derecha, propone el feminismo como test de diferencias entre ambas posiciones políticas²²⁸.

Con relación al tema del cuidado, Victoria Camps indica al respecto que por el hecho de que hayan sido las feministas las que hayan llamado la atención sobre el valor del cuidado, esto puede acabar distorsionando el mensaje a favor de una ética no estrictamente centrada en la justicia. Con relación a Gilligan, reconoce que la diferencia la identificó con la actividad de cuidar ejercitada, por razones obvias, ellas, en efecto, se habían ocupado siempre del cuidado de los niños, de los enfermos y de los ancianos. Tenían un mayor conocimiento que los varones, las necesidades de la vida cotidiana y las contingencias en las que solían encontrarse las personas más vulnerables. Por tanto era fácil poner de manifiesto que las mujeres estaban mejor equipadas que los hombres para las tareas del cuidado. Y de ahí era también fácil saltar a la conclusión de que a ellas les correspondía, en primer término, desarrollar dicho valor²²⁹. Considera que la propensión de las mujeres a cuidar no viene dada por ninguna característica esencial que ellas posean, a diferencia de los varones, sino de una tradición que les ha asignado esa función sin darles otras opciones para que pudieran escoger. Decir que están más equipadas para cuidar, por tanto, sería erróneo. En todo caso, están más acostumbradas a hacerlo. Pero esa es una costumbre que conviene cambiar si realmente creemos que el cuidado es un valor socialmente importante y absolutamente necesario para proteger a los más débiles. Que habitualmente las mujeres tiendan más a dedicarles tiempo a los demás, y especialmente a aquellos que sufren, no significa que sólo deban hacerlo ellas, sino todo lo

contrario. El cuidado es un valor que engendra obligaciones que conciernen a todos por lo que no debe haber ahí distinción de sexo.

El Ecofeminismo

En 1974, Françoise d'Eaubonne fue quien utilizó por primera vez el término Ecofeminismo, para referirse a la capacidad de las mujeres como impulsoras de una revolución ecológica que aporte y desarrolle una nueva estructura relacional de género entre mujeres y hombres, así como entre la humanidad y el medio ambiente. Con anterioridad a la concepción de ecofeminismo por parte de d'Eaubonne, ya se había reseñado en la literatura feminista de los años setenta una conexión entre el ideario feminista y la ecología, donde se reflejaban sociedades no opresivas para la mujer, descentralizadas, no militarizadas y con un alto respeto hacia la naturaleza. Desde ese ecofeminismo inicial, se han ido desarrollando diversas tendencias influenciadas por la posición feminista de la que proceden (ecofeminismo radical, liberal, socialistas), estableciendo cada una de ellas sus propias estrategias de actuación, aunque los puntos principales en lo que se basan, el orden simbólico patriarcal establece por igual una situación de dominación y explotación hacia las mujeres y hacia la naturaleza. El patriarcado hace uso de la biología para situar a la mujer en un plano de proximidad con la naturaleza, identificándola con ella. Los hombres, en oposición, se identifican con la razón, justificando de este modo la superioridad de la razón sobre la naturaleza o, lo que es lo mismo, el patriarcado. Así se explica que las mujeres sean consideradas inferiores a los hombres. Las féminas están en una posición ventajosa para terminar con la dominación patriarcal sobre la naturaleza y sobre sí mismas, dado que su propia situación de explotación las hace estar más próximas.

El ecofeminismo surgió en varios países casi al mismo tiempo: en India, Francia, Alemania, Estados Unidos, Italia, Japón, Venezuela, Australia y Finlandia. Pero fueron las feministas americanas las que hicieron las primeras aportaciones al corriente eco feminista. Su ideario giraba en torno a dos corrientes: el feminismo radical/cultural/espiritual, que tendía a resaltar la afinidad "natural" de las mujeres con el mundo natural y el que se orientaba hacia perspectivas políticas más sociales derivadas del socialismo y el marxismo. Posteriormente, al ecofeminismo se le ha identificado principalmente con la corriente radical/cultural/espiritual,

por lo que, a veces, ha sido criticado de “esencialista”. En los siguientes párrafos trataremos de hacer un breve resumen de las diferentes posturas dentro del ecofeminismo.

La mujer, más próxima a la naturaleza, es la esperanza de conservación de la vida. La ética del cuidado femenina (de la protección de los seres vivos) se opone, así, a la esencia agresiva de la masculinidad. Este feminismo buscará una ginecología alternativa frente a los tratamientos invasivos de médicos y grandes laboratorios farmacéuticos, y/o al uso y manipulación del cuerpo de la mujer. Además, denuncian los efectos secundarios de unos anticonceptivos dirigidos a la satisfacción masculina de la androcéntrica liberación sexual. Esta preocupación por la salud y por recuperar el control del propio cuerpo es un elemento central del primer ecofeminismo y una de sus principales representantes es Mary Daly. Esta filósofa se dedicó a analizar los mitos llegando a la certera conclusión de que la única religión que prevalece en todos los lugares es el culto al patriarcado. Por ello, es preciso desarrollar una conciencia gineco-céntrica y biofílica de resistencia frente a la civilización falotécnica y necrofílica dominante. Este ecofeminismo, llamado hoy en día clásico, es claramente un feminismo de la diferencia, que afirma que hombres y mujeres expresan esencias opuestas: las mujeres se caracterizarían por un erotismo no agresivo e igualitarista y por aptitudes maternas que las predispondrían al pacifismo y a la preservación de la Naturaleza. En cambio, los varones se verían naturalmente abocados a empresas competitivas y destructivas. Este biologicismo suscitó fuertes críticas dentro del feminismo, acusándosele de demonizar al varón. Su separatismo lesbiano y su ingenuidad epistemológica (esencialismo) hicieron de este primer ecofeminismo un blanco fácil de las críticas de los sectores feministas mayoritarios carentes de sensibilidad ecológica. Actualmente, todavía, se suele asociar el nombre de ecofeminismo únicamente a esta primera forma del movimiento y de la teoría, y se desconoce las tendencias constructivistas más recientes²³⁰.

Ecofeminismos Espiritualistas

Vandana Shiva es una de las voces más influyentes del ecofeminismo en todo el mundo. Su pensamiento se basa en la religión y la filosofía hindúes que describen el “principio femenino” como la fuente de vida y la base de un desarrollo sustentable. Hace una intensa crítica al modelo económico dominante, ya que propaga las técnicas de plantación de monocultivos

tanto en los bosques como en la agricultura; considera que el sistema económico indio tradicional preserva la relación mutua con la naturaleza a través del policultivo, cuyo objetivo es la producción de subsistencia local con insumos propios. La filósofa india es muy crítica con la revolución verde por desarrollar especies de semillas manipuladas genéticamente que demandan mayores cantidades de químicos, fertilizantes y pesticidas, así como mayores cantidades de agua. Además de obligar a los agricultores a comprar semillas nuevas cada año, las comerciales suelen ser transgénicas, más fuertes pero estériles y desplaza la práctica tradicional de selección de semillas de sus propias cosechas. La pérdida de diversidad y de especies y el control comercial de las semillas ha sido una de las principales preocupaciones de esta autora. Ella ha extendido este análisis a todos los sectores del aparato productivo capitalista, condenando sus sistemas tecnológicos y organización del trabajo.

En América Latina, el rastro dejado por la Teología de la Liberación dio paso a otra corriente, particularmente en Chile, Brasil, México, Uruguay, Bolivia, Argentina, Perú y Venezuela, y se está iniciando actualmente la elaboración de un pensamiento teológico ecofeminista. Así, la teóloga brasileña Yvone Gevara sostiene que, hoy en día, la justicia social implica eco justicia. Este ecofeminismo latinoamericano se caracteriza por su interés en las mujeres pobres y su defensa de los indígenas, víctimas de la destrucción de la Naturaleza. Llama a abandonar la imagen patriarcal de Dios como dominador y el dualismo de la antropología cristiana tradicional (cuerpo/espíritu). La trascendencia ya no estará basada en el desprecio de la materia, sino que se definirá como inmersión en el misterio de la vida, pertenencia a un todo que nos trasciende. Será concebida como experiencia de la belleza, de la grandiosidad de la naturaleza, de sus relaciones y de su interdependencia. En esta teología latinoamericana, el ecofeminismo es una postura política crítica de la dominación, una lucha antisexista, antirracista, antielitista y antiantropocéntrica (debemos respetar a las demás criaturas vivas, no sólo al ser humano).

El ecofeminismo socialista considera que el origen de las diferencias de relación que hombres y mujeres mantienen con el entorno está en las funciones socialmente asignadas a cada uno de los géneros: la reproducción social y el cuidado del grupo familiar condicionan que sean las mujeres las que tienen un contacto más directo con los recursos naturales (agua, suelos, bosques...); especialmente en sistemas económicos de subsistencia. Es importante resaltar que de ese contacto más directo se deriva un conocimiento diferente, cotidiano, basado en lo

concreto y con mayor capacidad y sensibilidad para percibir los problemas medioambientales que puedan afectar a la vida cotidiana, la salud e, incluso, la supervivencia del grupo familiar. Las ecofeministas socialistas proponen la construcción de una sociedad basada en una nueva relación entre los géneros y un vínculo distinto con la naturaleza.

Ariel Salleh, economista Australiana, es otra de las conocidas ecofeministas, fue muy criticada por acercarse demasiado a los terrenos del esencialismo. Para ella, la vida de las mujeres está interconectada en una red de relaciones sociales que son parte de una realidad material, por lo que ella propone un materialismo histórico ecofeminista que explore la conexión entre las diferencias biológicas de hombres y mujeres y la construcción social que gira en torno a ellas.

Ambas posturas convergen, ya que plantean la dominación que se da en la sociedad patriarcal y que se sustenta en las relaciones socioeconómicas de la sociedad industrial que ha llevado a la crisis ecológica. Las mujeres son consideradas como “cuidadoras innatas del planeta y víctimas de la degradación ambiental, ocurrida debido a un modelo de desarrollo que atenta contra la naturaleza y la población femenina”. Esta última, por ende, es concebida como agente de cambio y liberación, dada su “perspectiva de supervivencia” o “principio de feminidad”, a partir de cuya actuación será posible restaurar una relación armoniosa entre ambiente y sociedad.

Ecofeminismos Constructivistas

La economista India Bina Agarwal es otra pensadora feminista que sugiere un marco alternativo, al que denomina ambientalismo feminista. Ella encuentra problemático el razonamiento ecofeminista debido a varias tres razones. La primera postula a la mujer como una categoría unitaria y no diferencia a las mujeres según su clase, raza, etnicidad, entre otros factores; En segundo lugar ubica la dominación de las mujeres y de la naturaleza casi exclusivamente en el campo de la ideología, ignorando las fuentes materiales de esta dominación; y la tercera razón es que aún en el campo de las creaciones ideológicas, dice poco sobre las estructuras sociales, económicas y políticas dentro de las cuales se producen y transforman éstas. Economista de formación, y originaria de la India como Vandana Shiva, critica su teoría que atribuye la actividad protectora de la Naturaleza de las mujeres de su país

al principio femenino de su cosmología. Para Agarwal, el lazo que ciertas mujeres sienten con la Naturaleza encuentra su origen en las responsabilidades de género en la economía familiar. Piensan, holísticamente y en términos de interacción y prioridad comunitaria, por la realidad material en la que se hallan. No son las características afectivas o cognitivas propias de su sexo, sino su interacción con el medio ambiente (cuidado del huerto, recogida de leña), lo que favorece su conciencia ecológica. La interacción con el medio ambiente y la correspondiente sensibilidad o falta de sensibilidad ecologista generada por ésta dependen de la división sexual del trabajo y de la distribución del poder y de la propiedad según las divisiones de clase, género, raza y casta. El ecofeminismo ha sido criticado de esencialista, ya que es considerado partidario de las corrientes que atribuyen una relación directa entre las mujeres y la naturaleza a lo biológico, es una referencia obligada para analizar propuestas que tienen que ver con la relación entre el medio ambiente y el género.

La alternativa que propone Agarwal sobre el ambientalismo feminista es importante en la medida en que tiene en cuenta para su análisis las diferencias de sexo/género, así como clase/casta/raza, organización de la producción, reproducción y distribución de ingreso, ignoradas en algunas corrientes ecofeministas. Estas posturas convergen con la economía ecológica (EE) al desarrollar nuevos paradigmas que integran procesos económicos, ecológicos y culturales. Asimismo, la EE da cabida a los planteamientos teóricos que integran a los diversos actores que participan en el proceso transformador de la sociedad²³¹.

Val Plumwood, filósofa australiana, ha insistido en el carácter histórico, construido, de la racionalidad dominadora masculina. Está considera que la superación de los dualismos jerarquizados Naturaleza/Cultura, Mujer/Hombre, Cuerpo/Mente, Afectividad/Racionalidad, Materia/Espíritu exige un análisis deconstructivo. Utilizando aportaciones muy diversas (reivindicaciones de igualdad de Simone de Beauvoir, crítica al androcentrismo del ecofeminismo clásico, teoría de las relaciones objetivas...) examina la historia de la filosofía occidental desde los griegos como la construcción de un yo masculino dominador, hiperseparado de su propio cuerpo, de sus afectos, de las mujeres, de los demás seres vivos y de la Tierra que lo sustenta. Esta visión fantasiosa de la propia identidad humana, utilizada como legitimación del dominio, ha conducido a la civilización destructiva actual. Pero no es una esencia sino un fenómeno histórico, una construcción²³².

En España, la introductora de la corriente ecofeminista ha sido la doctora en Filosofía Alicia H. Puleo, profesora Titular de Filosofía Moral y Política en la Universidad de Valladolid. Ella plantea que la asignatura pendiente del mundo actual es universalizar una ética del cuidado postgenerica y ecológica en la vida cotidiana y en la educación²³³. Esto sólo será posible dese el ecofeminismo, puesto que sólo desde esta perspectiva se podrán superar los desastres , las desigualdades y las injusticias sociales producidos por el avance del capitalismo económico y tecno científico globalizado.

Postmodernismo y Teorías de la Deconstrucción

En los años 80, dentro del campo de las teorías feministas, aparecen otras posturas que defienden propuestas situadas, según los esquemas autoclasificatorios de las intelectuales que defienden estas ideas, fuera del debate diferencia-igualdad. Nos referimos a aquellos planteamientos que enlazan, ante todo, con el pensamiento posmodernista. Coincidiendo con esta posición en su crítica al totalitarismo del proyecto del modernismo, esto es “el feminismo, como el posmodernismo, ha tratado de desarrollar nuevos paradigmas de crítica social que no se basan en fundamentos tradicionales”, y encuentra a una de sus representantes en la figura de Nancy Fraser.

Para ella, el traslado de los supuestos de este tipo de discurso a la política ha provocado, no solo un uso, sino un abuso de la noción de la diferencia y de la identidad femeninas, que, en realidad, van en contra de los propios intereses feministas. Fraser entiende que el discurso de la diferencia desactiva la carga reivindicativa y política del feminismo, por cuanto se concentra en temas como la identidad femenina y la subjetividad, pero olvida que el feminismo es ante todo un movimiento de conquistas sociales, que siempre se han orientado hacia la causa de la emancipación de las mujeres²³⁴. Por ello, plantea como solución a la polémica lo que denomina, en un plano teórico-social y referido a la temática de las mujeres, el problema de la “redistribución” y el “reconocimiento”.

Según esta autora, la dimensión del reconocimiento se enfrenta a injusticias que interpreta como culturales y que supone enraizadas en patrones sociales de representación, interpretación y comunicación. Como ejemplos podemos citar la dominación cultural (ser sometido a patrones de interpretación y comunicación correspondientes a otra cultura y

ajenos u hostiles a la propia), no reconocimiento (invisibilización a través de las prácticas representacionales, comunicativas e interpretativas autorizadas de la propia cultura), y falta de respeto (ser difamado o menospreciado de forma rutinaria en representaciones culturales públicas estereotipadas o en las interacciones cotidianas). Plantea el reconocimiento de las diferencias, evidentemente, de tipo múltiple como una “cuestión de estatus”, es decir, que propone el reconocimiento a partir de un estatus de igualdad que requiere un cambio de valores culturales, códigos, normas asociativas, leyes y elementos simbólicos, rechazando así a las denominadas “políticas de identidad”.

Fraser basa su idea de identidad en Hegel, ya que para ella ésta se construye de manera dialógica, a través de un proceso de reconocimiento mutuo. El reconocimiento es una relación recíproca ideal entre sujetos, según la cual cada uno contempla al otro simultáneamente como a un igual y como alguien distinto de sí mismo. Esta relación es constitutiva de la subjetividad: se llega a ser un sujeto individual únicamente cuando se reconoce y se es reconocido por otro. Si no somos reconocibles, no es posible mantener nuestro propio ser y no somos seres posibles; puesto que se nos ha anulado esa posibilidad. El reconocimiento de los otros es esencial para el desarrollo de sí mismo. La observación inadecuada supone, por tanto, una distorsión en la relación que uno/a mantiene consigo mismo/a y un daño en contra de la propia identidad²³⁵.

La falta de reconocimiento constituye una relación institucionalizada de subordinación social. Por consiguiente, equivale a no ser reconocido en el estatus de participante de pleno derecho en la interacción social como una consecuencia de los modelos de valor cultural institucionalizados que construyen a una persona como comparativamente indigna de respeto o estima. Esto significa trasladar la discusión del plano cultural (identidades) al plano institucional (estatus, derechos) y las instituciones están configuradas a partir de determinados significados y prácticas culturales. No se transmite por medio de representaciones o discursos culturales que circulan libremente, sino por medio del funcionamiento de las instituciones sociales, que regulan la interacción según las normas culturales que impiden la igualdad.

En algunos casos, la falta de reconocimiento ha adquirido forma jurídica, está expresamente codificada en normas de rango legal. En otros, se ha institucionalizado a través de políticas gubernamentales, códigos administrativos o prácticas profesionales. También puede institucionalizarse informalmente, en modelos asociativos, costumbres arraigadas desde hace

mucho tiempo o prácticas sedimentadas de la sociedad civil. Sin embargo, sean cuales sean las diferencias en las formas como se ha anclando la falta de reconocimiento en una sociedad, el núcleo de la injusticia sigue siendo el mismo: se trata, en cada uno de los casos, de un modelo institucionalizado de valor cultural que constituye a determinados actores como inferiores, frente a los miembros de pleno derecho, impidiéndoles participar como iguales²³⁶.

Mientras que la “redistribución” proviene de la tradición liberal, en especial de su rama anglo norteamericana de finales del siglo XX tratando de sintetizar la insistencia liberal tradicional en la libertad individual con el igualitarismo de la socialdemocracia, propusieron unas concepciones nuevas de la justicia que pudieran justificar la redistribución socioeconómica²³⁷. La política de redistribución suele equipararse a la de clases, mientras que la política del reconocimiento se asimila a la “de identidad” que, a su vez, se equipara a las luchas acerca del género, la sexualidad, la nacionalidad, el carácter étnico y la “raza”. El paradigma de la redistribución se centra en injusticias que define como socioeconómicas y supone que están enraizadas en la estructura político-económica de la sociedad. Como ejemplos, podemos citar la explotación (la apropiación de los frutos del trabajo propio en beneficio de otros); la marginación económica (quedar confinado a tareas indeseables o mal pagadas o que se niegue el acceso a trabajos que generen ingresos) y privación (negación de un nivel de vida material suficiente).

Pero Fraser propone que para que realmente haya justicia, además de redistribución y de reconocimiento, debe de ser posible la representación. Según esta autora es importante No sólo el «qué», sino también el «quién», puede tener acceso a los órganos de decisión, debe de haber un sistema que garantice la participación de todos los miembros del grupo como miembros de pleno derecho, en el proceso de interacción social, la representación es una cuestión de pertenencia social²³⁸.

La base del planteamiento de Fraser es la noción de paridad participativa. Según esta norma, la justicia requiere arreglos sociales que permitan que todos los miembros (adultos) de la sociedad interaccionen entre ellos como iguales. Para que la paridad participativa sea posible, es necesario, pero no suficiente, el establecimiento de normas básicas de igualdad legal formal. Y deben de darse dos condiciones: en primer lugar, la distribución de recursos materiales debe asegurar la independencia y «la voz» de los participantes, esto es lo que ella llama la precondition «objetiva» de la paridad participativa. La paridad participativa que Fraser llama «intersubjetiva», requiere que los modelos culturales de interpretación y

valoración permitan expresar un respeto mutuo para todos los participantes y asegurar la igualdad de oportunidades para conseguir estimación social. Esta condición excluye modelos culturales que desprecian sistemáticamente ciertas categorías de gente y las cualidades asociadas con ellas. De la misma manera excluyen modelos interpretativos que desfavorecen categorías de personas, en primer lugar, cargándolas de excesiva «diferencia» atribuida por otros, y/o en segundo lugar, por fracasar en el reconocimiento de su diferencia. Según N. Fraser su modelo del estatus se refiere a "...una relación institucionalizada de subordinación y una violación de la justicia... el reconocimiento erróneo... surge cuando las instituciones estructuran la interacción de acuerdo con normas culturales que impiden la participación en pie de igualdad.

Por todo lo expuesto, podemos ver que la polémica entre las corrientes feministas en torno al lugar de la diferencia continúa vigente.

II.3.4. El Género y el Cuidado de Enfermería

El componente del género en los cuidados se explica con el desarrollo de la sociedad. Según Boff²³⁹, el gran reto para los seres humanos, ha consistido y consiste en combinar el trabajo con el cuidado. Que no son opuestos, sino complementarios. Juntos constituyen la totalidad de la experiencia humana, relacionado la objetividad y la subjetividad por el otro. El error radica en oponer una dimensión sobre la otra, y no valorarlas como formas de ser de un solo y mismo ser humano. Desde el principio, ya en la revolución neolítica se produjo la ruptura entre trabajo y cuidado, y su resultado tuvo consecuencias perversas. La búsqueda de la eficiencia, el afán de la producción poco a poco comenzó a dominar el esfuerzo de trabajo, El proceso industrial del siglo XVIII, se caracterizó por la dictadura de ser de trabajo incentivando la producción. El trabajo perdió la conexión con la naturaleza. Las personas, hombres y mujeres se convierten en esclavos de trabajo productivo, racionalizado, objetivado, despersonalizado, y sometido a la lógica de la máquina.

Esta ideología de ser trabajo, de conquistar al otro, de dominar la naturaleza, es la que mata la ternura, el cuidado y distorsiona la esencia humana. Por lo tanto, la dominación, este modo de ser del trabajo masculinizó todas las relaciones, dio paso al antropocentrismo (la dominación de los seres humanos, hombre y mujer), el androcentrismo (dominación del hombre), el

patriarcado y el sexismo. Se trata, de expresiones patológicas de los hombres desconectado de lo femenino, el ánima animus se superponen. El cuidado fue vilipendiado como feminización de las prácticas humanas como un obstáculo en la comprensión y la objetividad como un obstáculo a la eficacia.²⁴⁰

El cristianismo, contribuyó a que el cuidado se perpetuase como una de las funciones del rol femenino, y la mujer fue tan marcada que "la realización de trabajos de cuidado no fue reconocido socialmente o económicamente. Esta falta de reconocimiento no sólo afectó al cuidado de la mujer madre, ama de casa, sino que también afecto muy negativamente al cuidado profesional.

Las mujeres por sus conocimientos del cuerpo femenino a través del parto y los cuidados de la crianza, desde siempre poseían conocimientos ancestrales con relación al cuidado y a la curación. Conocían las propiedades de las plantas medicinales, que ellas mismas cultivaban o sabían encontrar en la naturaleza, que empleaban para mitigar los dolores del parto e incluso servían para practicar abortos. Algunas mujeres actuaban como enfermeras, comadronas y consejeras y trataban la impotencia masculina. Los conocimientos y la atención que ofrecían estas mujeres eren bien valorados por la población, la gente las llamaba mujeres sabias, pues habían desarrollado un conocimiento de forma empirica que se transmitían de unas a otras. Durante mucho tiempo, la salud de la gente más pobre dependía de sus conocimientos²⁴¹.

La visión religiosa del mundo y de la vida a partir de la Edad Media hizo que el dolor del parto fuese considerado un justo castigo divino y toda tentativa para remediarlo fue considerada un gran pecado. La mentalidad de la época, en una sociedad regida por varones, hizo firme la creencia de que la mujer, causante del pecado original, no solo inducía a la lujuria, sino que algunas de ellas recibían sus saberes del maligno, por lo que fueron muchas del mujeres fueron acusadas por las autoridades del momento de brujas o charlatanas.

En ello tuvo una gran influencia el "malleus maleficarum", un tratado teológico-escolástico que cargaba sobre las brujas la responsabilidad de todas las manifestaciones del Maligno y considera a las mujeres comadronas como enemigas de la iglesia católica. Estas acusaciones de brujería respondían a diversas motivaciones y a conflictos de intereses variados en una etapa de cambios políticos, económicos, sociales y, por supuesto, culturales. No es casual que cuando en toda Europa se empezó a querer traspasar el control de un buen número de actividades artesanales a manos de profesionales, coincidiendo con el fortalecimiento del

Estado, las comadronas, depositarias y transmisoras de una cultura popular arraigada, fueran convertidas en representantes de la superstición frente a los hombres de ciencia, que personificaban la cultura de élite que se pretendía imponer desde diferentes instancias del poder²⁴². La deslegitimación de las curanderas, parteras y comadronas en la Baja Edad Media constituyó un primer ataque contra el conocimiento empírico de las mujeres sobre su cuerpo y respondía a una deslegitimación entendida como un enfrentamiento entre el conocimiento empírico de las mujeres y el conocimiento científico masculino. Supuso un enfrentamiento clave en la medida en que se produjo cuando la medicina comenzó a implantarse como profesión y para cuyo ejercicio se exigía una formación universitaria, que excluía a las mujeres de su práctica.²⁴³

Vetar el conocimiento sobre el cuerpo limitaba la capacidad de respuesta de las mujeres ante las interpretaciones androcéntricas de la naturaleza femenina. El traspaso del conocimiento empírico femenino a la autoridad médica, que como toda autoridad es exclusivamente masculina, supuso no sólo la marginación de un saber ancestral transmitido generacionalmente entre las mujeres y basado en la experimentación y el contacto con el cuerpo, sino también la disputa de poder que vino acompañada de la demonización del chivo expiatorio a quien se quería perseguir, en este caso, las mujeres, que además de su saber, lo que de verdad tenían de ellas era su capacidad de organizarse para compartir y hacer uso de un conocimiento que podía rivalizar con el saber médico masculino que se impartía en las universidades y que suponía una transgresión peligrosa. El imaginario simbólico patriarcal fomentó el temor a la capacidad de actuación colectiva de las mujeres deslegitimando todas aquellas actividades grupales que se realizaban al margen de la autoridad masculina y de la iglesia. La creación de un imaginario poblado de aquelarres, sabbats y pactos colectivos con el diablo fomentó la deslegitimación de las mujeres al incidir en el carácter demoníaco de la naturaleza femenina. La Iglesia era profundamente anti empírica, desconfiaba en los sentidos, infravaloraba el mundo natural y, por tanto deslegitimaba cualquier actuación encaminada a investigar las leyes naturales que rigen los fenómenos físicos. El saber empírico, contrario al conocimiento científico, fue deslegitimado bajo un continuo proceso de demonización que subraya el carácter diabólico de los sentidos.

Es importante recoger que la magnitud de este enfrentamiento no se resolvió mediante una negociación sino por una destrucción total: lo que demuestra que lo que estaba en juego era de tal importancia que llegó la justificación de violencia extrema y el asesinato abierto o

encubrimiento por medios legales que abarca el final de la Edad Media, el Renacimiento y se extiende hasta el siglo XVII, período clave en la edificación de la ciencia moderna²⁴⁴. Fueron miles los casos de mujeres en toda Europa que fueron llevadas a los tribunales acusadas de brujería para después ser quemadas y asesinadas. Se calcula que en toda Europa hubo alrededor de 110.000 acusaciones y 60.000 ejecuciones, de las cuales un 90% eran mujeres²⁴⁵. Fueron notables los procesos emprendidos contra ellas que tenían un reconocido prestigio en la población como el llevado a cabo en 1322 en París contra Jacoba Félicie²⁴⁶. En España estos procesos más destacados fueron los de la zona Pirenaica en el norte de Navarra y Huesca.

El primer caso del que se tiene constancia en Navarra de una acción legal emprendida contra una supuesta bruja, data del último cuarto del siglo XIII. En 1530 se conoce un caso de en la localidad de Domeño, en el que se acusó a una mujer, partera de profesión, de causar la muerte a una mujer del pueblo, utilizando ponzoñas.²⁴⁷ La Inquisición en Navarra comenzó sus procesos en 1609. Los casos más relevantes de acusaciones de brujería fueron los de la zona del Baztan, los pueblos de Zugarramurdi, Urdax y otros, en los que se produjeron numerosas detenciones contra supuestas brujas.²⁴⁸ El desarrollo de los mecanismos de control social se mantuvo durante los siglos XVII y XVIII. La persecución de las brujas demuestra una confrontación entre dos líneas de conocimiento en la que el femenino era considerado inferior y negativo.

El Renacimiento dio paso a la época moderna, la Iglesia Católica perdió parte de su papel hegemónico. La Reforma trajo consigo una serie de revoluciones a nivel político, económico, científico e industrial. El Estado, que quería solucionar los problemas de salud y aumentar el control social ante la expansión de las ciudades, el comercio y la industrialización, otorgó mayor autoridad a los médicos para tomar decisiones sobre la ciudad y las instituciones. Es a partir de este momento cuando Foucault emplea el término de “el nacimiento de la clínica”²⁴⁹. La medicina vivió un despegue técnico y epistemológico que le dotó de un poder autoritario con funciones normalizadoras que van más allá de la asistencia de las enfermedades y de la demanda del enfermo. El hospital se constituyó en un aparato de medicalización colectiva, más allá de su hasta entonces función de asistencia y exclusión de pobres y moribundos. La medicina, centrada en una visión clínica de atención individualizada a las personas de más recursos, se transformó en la medicina social desde donde emergieron los actuales sistemas sanitarios donde hoy, mayoritariamente, se desempeña la enfermería²⁵⁰. Comenzó un proceso de medicalización de la vida, el cuidado pasó a un segundo plano, en los países anglosajones

de religión protestante, el cuidado de las personas quedó en manos de gente sin ninguna preparación. No ocurrió lo mismo en España, que durante siglos el cuidado estuvo a cargo de órdenes religiosas católicas.

A finales del siglo XIX en Inglaterra, Florence Nightingale se dio cuenta de la importancia de los cuidados, y del papel que la mujer podía desempeñar en los mismos. Tal fue así que consiguió poner en marcha la primera escuela de enfermeras laicas. Su modelo alcanzó tal éxito que se extendió por todo el mundo occidental y fue la base de la enfermería moderna. Consideraba imprescindible la necesidad de aprender continuamente para aplicarlo en el cuidado de los pacientes huyendo de la práctica supeditada únicamente a las órdenes del médico. Qué observar, registrar, cuidar, tener espíritu de servicio y actuar por propia iniciativa, aptitudes que posee la mujer, eran imprescindibles para que la enfermería se desarrollase como profesión sanitaria²⁵¹.

En España, la historia del cuidado quedó marcada por los influencia de la iglesia católica y por las reformas en la formación que se hicieron durante el franquismo, que hicieron de la profesión de enfermería una auxiliar del médico, y dieron una formación eminentemente técnica, que dio como resultado un proceso de des identidad profesional que privilegió las acciones más técnicas ligadas al modelo biomédico y no las de cuidado.

Cuando las enfermeras consiguieron el acceso a la universidad, iniciaron un largo proceso de búsqueda de autonomía, comenzó un intenso debate, que dura ya treinta años, sobre cuál debía de ser el verdadero rol que diera identidad a las enfermeras. En cierto modo, podríamos equipararlo con el establecido entre las feministas de la igualdad y la diferencia. En definitiva, de rechazo o aceptación de lo que de especial tiene el universo femenino.

Un grupo numeroso de estudiosos de la enfermería consideran que el género ha influido en que la profesión tenga escaso reconocimiento social.^{252, 253, 254, 255, 256, 257} La hipótesis que plantea Concha Germán es que esto es debido a que no se pone en valor los cuidados de carácter más subjetivo y más invisibles realizados por las enfermeras.²⁵⁸ Nancy Fraser plantea que el género es uno de los factores que determinan la injusticia social²⁵⁹, lo cual podría aplicarse a la labor profesional de las enfermeras, cuando se les considera meros apéndices de los médicos. Para la Catedrática de Historia de la Medicina Teresa Ortiz, el género, es un elemento organizador de las profesiones sanitarias²⁶⁰, de manera que la medicina a lo largo de

los siglos ha desarrollado una identidad masculina mientras que la enfermería se ha desarrollado como identidad femenina.

El enfermero y pedagogo José Luis Medina²⁶¹ indica que el principal motivo de la invisibilidad del trabajo de la enfermera son aquellas desigualdades de poder asimétricas que históricamente han impregnado las relaciones entre la enfermería y la medicina. Desigualdades que podrían deberse a la eficacia simbólica que asocia parte de los cuidados enfermeros a cualidades intrínsecamente femeninas. De manera que la subordinación a la profesión médica estimuló y creó una actitud psicológica de servicio subordinado, carente de confianza y baja autoestima²⁶².

Por otra parte se encuentran los profesionales que entienden que el género no ha sido un factor decisivo en el desarrollo de la profesión. Por ejemplo Malpica y Siles dicen que la cultura del género apenas tiene influencia en la falta de reconocimiento profesional. Sin embargo consideran que la vocación de la cuidadora se sigue confundiendo con la dimensión maternal, y esta con todo lo que tenga que ver con los cuidados, o el no menos manido estereotipo de la cuidadora religiosa.

“Son las propias mujeres y enfermeras las que tienden a plegar su pensamiento a estos estereotipos institucionalizados, manteniéndose ellas mismas en la creencia de que su situación es la natural de sus seres (adopción del estatuto de esclavos sumidos en una sociedad supuesta y atemporal)”²⁶³. Y añade “sólo podrá liberarse este estatus mediante el pensamiento crítico y la acción creativa... tal vez, ha llegado el momento de marcar definitivamente los límites de una enfermería vocacional ligada al género con una enfermería profesional y científica, que ha sido, a la vez y paradójicamente, una fuente de conflictos y de enriquecimiento”; indica también que “existe un proceso de lucha dialéctica entre las mujeres que hasta que no se resuelva y la mujer no alcance su pleno desarrollo en la sociedad, y aun considerando la enorme amplitud de factores interrelacionados y la complejidad del tema, la enfermería seguirá esperando que llegue su momento. Dicen que la incorporación de hombres a la enfermería ha hecho modificar esa visión netamente femenina de la profesión, que la productividad de las actividades se cumple satisfactoriamente por igual, al margen del género del profesional”²⁶⁴.

Por otra parte en un estudio reciente²⁶⁵ en el que se analizó la influencia de la masculinidad y la feminidad en la percepción de los cuidados enfermeros, encontraron que la enfermería trabaja en la construcción de una esfera de competencias propias, y coinciden en que la cuestión de género dificulta su desarrollo autónomo. Los hombres enfermeros opinaron que algunos de los

cambios que se están produciendo son debidos a su contribución. Consideran como un factor negativo el que a las mujeres se las identifique con la figura del confesor o psicólogo, en relación con la imagen de la mujer madre. En cambio perciben a los profesionales hombres como más eficaces y resolutivos en relación con el colectivo femenino de la profesión. En cambio las enfermeras de estudio calificaron el trabajo en términos de control y seguimiento en la evolución del enfermo, destacan más el resultado final del cuidado y valoran la satisfacción en términos de relación de confianza y calidez asistencial, son más detallistas.

Como dijimos en párrafos anteriores, fue Carol Gilligan, la que habló de una moral diferente entre hombre y mujeres, y la que comenzó a hablar de que había que dar valor al cuidado, para que pueda haber otro valor básico, el de la justicia.

En un breve recordatorio de ambos enfoques podría ser: la ética de la justicia se basa en la experiencia de lo masculino, especial pero no exclusivamente hecha por los hombres, ésta se muestra más explícitamente por la utilización de la razón analítica, por la búsqueda del objeto en sí, por el trabajo de la apertura de caminos, por la superación de dificultades, por la voluntad de poder y por la utilización de la fuerza para alcanzar sus objetivos y su independencia. Dice que estas características también se encuentran en lo femenino, pero en una dosis muy diferente. La ética de la justicia se formulo según el lenguaje del hombre, que ocupa el espacio público y retiene el poder. Y se expresó mediante principios imperativos, normas y ordenaciones ideales que culminaron con el tema de la justicia. La fundamentación de la ética de la Justicia es la igualdad; la de la ética del cuidado es el reconocimiento de lo diferente y su especificidad. El criterio de la ética de la justicia es la imparcialidad y el de la ética del cuidado, la responsabilidad, el de atender al otro en concreto y en todos los componentes que, como persona humana, le atañen y configuran²⁶⁶.

El ámbito en la ética de la justicia es lo universal e impersonal; en la del cuidado es lo particular e individual, por lo tanto, la ética de la justicia es, de entrada, manca e insuficiente por no incluir el modo de ser y la experiencia existencial de la mujer. Somos seres en relación para los demás, y por eso habría que poner en valor el cuidado. Si tenemos en cuenta todo lo anteriormente expuesto, si no se da valor al cuidado, no se cumplen ni los principios de la ética de la justicia ni los de la ética del cuidado. Por lo tanto, es preciso poner en valor el cuidado para que haya justicia.

La investigadora feminista Esther Massó Guijarro de la universidad de Granada, dice que se puede cuestionar la asociación en sí, pero que resulta aún más crítico enmendar la idea de que ése sea el lado malo. Y que desde cierto enfoque del feminismo reivindican que esos valores despreciados son los más útiles, los más interesantes y válidos. Y plantean: “¿Están las mujeres más cerca de la naturaleza...?” Tal vez, y por fortuna, porque alejarnos demasiado de nuestras raíces naturales sólo ha dado lugar a la hecatombe ecológica en que vivimos hoy. ¿Están las mujeres más cerca de la emoción que los hombres? Ojalá sea así y eso es lo que hay que promover, porque la razón pura y la razón de Estado son las que nos han conducido a un mundo de desigualdades lacerantes y vergonzantes²⁶⁷.

Leonardo Boff²⁶⁸ considera que el cuidado es un valor básico de la vida que se encuentra más vinculado a las mujeres. Defiende la condición primordial, básica y originaria de lo que llaman el “principio femenino”, aduciendo que en el origen todos somos biológicamente femeninos. Así, “en los primeros dos mil millones de años de vida no existían órganos sexuales específicos. Había, diríamos, una existencia femenina generalizada, que en el gran útero de los océanos, lagos y ríos producía vidas”.

Los filósofos y expertos en ética coinciden en destacar que el fin último del hombre es encontrar la felicidad. Para ello, es necesario solucionar el conflicto entre la pasión y la razón. Boff destaca e insiste en que en los temas de la justicia y el cuidado no se derivan específicamente del hombre y de la mujer, debido a que ambos son portadores de lo femenino y de lo masculino simultáneamente. También hace referencia a Noddings y observa que por eso el cuidado (femenino) afecta al hombre, así como el masculino a la mujer. En definitiva, el tema de la justicia y el cuidado no es un tema de género sino de la totalidad de lo humano²⁶⁹.

En la economía feminista, los esfuerzos se han centrado en la recuperación de las tareas ocultas de las mujeres, sobre todo tratan de revalorizar las tareas más materiales y fácilmente aprehensibles con las herramientas conceptuales y metodológicas de partida, sujetas a un paradigma “falo/capitalo-céntrico”, así como las tareas asociadas al papel de la madre y esposa. En esto coincide con el proceso que ha seguido la enfermería, que se ha centrado en contabilizar el proceso más tangible como son los procedimientos técnicos y han dejado fuera la dimensión menos tangible, la que tiene que ver con la dimensión afectivo-relacional y, en el caso del cuidado doméstico, con el reconocimiento de que los cuidados no remunerados han

sido históricamente los que han permitido sostener la vida día a día, han funcionado como “la mano invisible de la vida cotidiana”.

Amaia Pérez Orozco²⁷⁰ al analizar el tema del cuidado de la mujer en el domicilio, dice que para visibilizar el cuidado, es preciso incluir en el análisis económico que incluya el aspecto subjetivo del cuidado. Que la introducción de la componente “inmaterial” no será, en ningún caso, sencilla y habrá de pasar por una deconstrucción de las nociones de emotividad y subjetividad y por una superación de las coordenadas morales encorsetadas en el discurso de la buena madre o la buena esposa y en nuestro caso diríamos de una buena enfermera. Esto ayudará a romper los análisis económicos de corte androcéntrico, marcados por la condición de impersonalidad que establece el mercado y que ha evitado, históricamente, la entrada en el análisis de la componente intersubjetiva, apareciendo así retos conceptuales y metodológicos de gran calado.

Es un tema complejo delimitar qué es y qué no es trabajo y las condiciones en que se produce el mismo. El conflicto que aparece en la sociedad capitalista se centra en encontrar un equilibrio entre dos lógicas: la del capital-trabajo y la sostenibilidad de la vida. Leonardo Boff declara que trabajo y cuidado son términos opuestos²⁷¹. La “resolución” del conflicto sólo puede pasar por la concesión de prioridad a una de ellas. “Entre la sostenibilidad de la vida humana y el beneficio económico”.

De lo que se trata es de evidenciar y reconocer la vulnerabilidad de las personas y que existe un continuo de interdependencia entre personas activas en un momento y dependientes en otro. Por tanto, el sistema deberá estar preparado para hacer frente a las crecientes demandas de cuidados. Pero para que exista una sociedad equitativa y justa será necesario superar las visiones androcéntricas de acumulación y avanzar hacia una lógica ecológica del cuidado, porque si no la interdependencia nunca se podrá dar en condiciones de equidad.

Concha Germán, dice que “el papel enfermero es una continuación profesionalizada del cuidado doméstico ejercido durante miles de años casi exclusivamente por mujeres²⁷². Que como hemos visto esta faceta es de la que reniegan algunos profesionales. Podría ser que la influencia del modelo masculino haya influido y por eso las propias enfermeras infravaloren el cuidado, identificándose más con un modelo más racional y técnico, más cercano al modelo biomédico.

Vera Waldow plantea con relación a esta cuestión dice que muchas veces las enfermeras actúan como un grupo oprimido. La explicación es que la relación que se da entre opresores y oprimidos. Algunos grupos oprimidos, en su afán de ser más potente, intentan imitar valores y llegar a ser similar a opresor, su tendencia es de internalizar normas y valores prescritos por el opresor y acreditar que, siendo igual al opresor, alcanzará el poder. Es un comportamiento inconsciente. Esto desencadena un proceso que provoca una marginación, ya que el grupo o individuo, no pertenece al grupo de los oprimidos, ni a los opresores principales, por tanto, una falta de identidad cultural. Los oprimidos presentan una personalidad común caracterizada por el auto a aversión y la baja autoestima que, a su vez, favorece la continuidad del ciclo de dominación y subordinación²⁷³.

En lo que sí están de acuerdo, la mayoría de las enfermeras es en que es prioritario conseguir mayor representación de las enfermeras en los órganos de gestión de los sistemas sanitarios para conseguir mayor desarrollo profesional.^{274, 275, 276, 277}

Concha Germán propone que la solución para la enfermería es la de poner en valor un modelo de cuidados, más humanizado, centrados en el paciente potenciando los cuidados invisibles, realizar un análisis desde la eficacia simbólica para distribuir el valor de las acciones, salario, organización de plantillas, reconocimiento social de las enfermeras.²⁷⁸

Rodríguez García y Col., profesoras de enfermería de la escuela de enfermería de la Cruz Roja de Madrid, por su parte, consideran que, actualmente, la humanización del cuidado y el cambio de rol de los pacientes están favoreciendo que las enfermeras comiencen a cuestionarse la situación actual de la disciplina y qué hacer para evolucionar como profesión independiente²⁷⁹.

La otra alternativa es la que propone Nancy Fraser, para superar la injusticia social y que puede ser aplicada al caso de la enfermería. Ella considera necesaria una política de inclusión social para dar valor al trabajo de cuidado, ya que “la justicia actual requiere tanto de la redistribución como del reconocimiento, debido a que ninguna de las dos vías por sí sola es suficiente”. El reto es combinarlas: “Se trata de inventar un concepto ‘bivalente’ de la justicia que logre reconciliar las reivindicaciones que defienden la igualdad social con las que defienden el reconocimiento de la diferencia. Se trata de inventar una orientación política que incorpore lo mejor de la política de redistribución y lo mejor de la política de reconocimiento”.

Se trata, en definitiva, de integrar las políticas culturales de reconocimiento con las políticas sociales de redistribución.

De manera que el reconocimiento y la redistribución que confluyen se complementen y contribuyan a la transformación cultural de los roles tradicionalmente considerados como femeninos y masculinos. Para ello, propone el modelo de Paridad del Cuidador, si bien reconoce las diferencias de roles de Proveedor y de Cuidador, deja intactos los cometidos de hombres y mujeres, creando espacios laborales claramente diferenciados. Y planea un tercer modelo: el del Cuidador Universal, que busca inducir a los hombres a “asemejarse más a lo que la mayoría de las mujeres son actualmente, es decir, personas que básicamente realizan trabajos de cuidado”²⁸⁰. La propuesta del Cuidador Universal implicaría que los hombres asumieran una proporción justa de trabajos de cuidado, lo cual ayudaría a la redistribución del tiempo libre para mujeres y hombres, significaría una mayor valoración de los trabajos de cuidado y una mejor posibilidad de combinar el trabajo de proveedor-proveedora con los de cuidador-cuidadora. Contribuiría así a de construir la oposición de proveedor y cuidador.²⁸¹

Nosotras consideramos que el cuidado es el que da identidad y razón de ser a la enfermería, que tiene dos dimensiones una objetiva y otra más subjetiva, y que no se debe de renunciar a ninguna de ellas. El cuidado como ya dijimos significa “estar pendiente” y “estar con”. Como Nancy Fraser consideramos que, deber ser asumido tanto por hombres como por mujeres, pues el cuidado es un valor universal. Y que tras las interpretaciones emotivas que se han hecho de él, se esconden francos prejuicios patriarcales.

Como hemos podido ver tanto las feministas Gilligan y Puleo Fraser como los grandes pensadores como Boff, proponen como solución a los problemas de la sociedad actual introducir la ética del cuidado. Massó Guijarro dice que el cuidado significa la primera transformación interna para las verdaderas revoluciones²⁸²: nosotros consideramos que la enfermería ha iniciado una fase revolucionaria, que a través del cuidado invisible contribuirá a transformar los sistemas sanitarios y ayudará a las personas a alcanzar mayores cuotas de salud y felicidad.

II.4. A modo de Resumen del Marco Teórico

Al revisar las bases teóricas sobre las que se sustenta la disciplina, la comunidad científica enfermera considera que cuidar es el núcleo central de la disciplina y la profesión, compartido en muy diferentes cualidades y cantidades con otras disciplinas y personas. ¿Cómo podemos resumir un amplio bagaje teórico desarrollado desde hace más de un siglo?

Desde Florence Nightingale en el siglo XIX que sentó las bases de la disciplina, se han revisado las diversas corrientes teóricas en las que se han perfilado los conceptos de: suplencia-ayuda Virginia Henderson estadounidense (EUA) y el déficit del autocuidado de Dorotea Orem canadiense y Tobón Correa colombiana; las dimensiones de la relación interpersonal de Hildegarde Peplau (EUA); las tendencia humanizadora y transcultural de Jean Watson (EUA), Vera Regina Waldow brasileña y Madeleine Leininger (EUA); y, en al ámbito europeo y español, con propuestas de cuidado integral las francesas Marie Françoise Collière y Rosette Poletti y las españolas Teresa Piulachs y Concha Germán. Autoras que convergen en lo que hoy se considera cuidado holístico, lo que implica una forma de interacción con la persona cuidada teniendo en cuenta el medio en el que vive, vigilando su evolución clínica, ayudando al individuo y familia a recuperar su autonomía para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y enfrentar las consecuencias de ésta, la serenidad ante la muerte y la ayuda al nacer.

En este proceso filosófico y ético hemos contado con Leonardo Boff y Torralba Roselló, que como filósofos y moralistas tiene una visión coincidente con los conceptos enfermeros. Para Boff el cuidado implica tener una visión holística e integradora del ser humano, insertado en la comunidad terrenal, en un acto y ante todo una “actitud” de desvelo, preocupación, apoyo, precaución y prevención. Para Torralba, además cuidar es fundamental para la subsistencia del género humano. Algo en lo que coincide Carol Gilligan psicóloga y enfermera (EUA), pionera en reivindicar el cuidado como valor ético, paralelo y complementario al de la justicia.

Con esta visión holística y ética, el objetivo de la enfermera comunitaria se encontrará por tanto en los cuidados que ayuden a las personas a vivir lo mejor posible en su entorno, en un equipo interdisciplinario, que le permita el intercambio de conocimientos científico-técnicos, humanísticos, de experiencias y vivencias.

La perspectiva de género en una profesión de mayoría de mujeres es obligada, por lo que hemos revisado los conceptos de género, patriarcado y feminismo. Es difícil realizar una síntesis de las diversas corrientes de pensamiento en este tema, pero básicamente, se puede decir que: hay máxima concordancia en reconocer el cuidado como tema nuclear de la profesión, aunque falta mucho para colocar al mismo nivel los cuidados invisibles o intangibles (High touch) con los cuidados técnicos (High tech).

II.5. Bibliografía

78 Ibídem Waldow, Vera Regina. 2008. PP: 13

79 Watson, Jean. Nursing: the Philosophy and Science of caring. Boston: Little Brown and Company; 1979, PP: 320.

80 Waldow, Vera Regina. Nuevas ideas sobre el cuidado. Aquichan 2008; 8(1)

81 Kérouac, Susanne; Pepin Jacinthe; Ducharme Francine; Duquette, A; Major, Francine. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson; 1996.

82 Diccionario del uso del español actual Ed. CESMA S.A. Madrid 1996

83 Diccionario de uso español Ed. abreviada María Moliner Ed. Gredos, 2ª Ed. Madrid 2008

84 Boff, Leonardo El cuidado Esencial .Ética de lo humano compasión por la tierra. Ed. Trotta Madrid 2002

85 Torralba Roselló, Fransec .Antropología del cuidar. Madrid: Instituto Borja de Bioética/Fundación MAPFRE Medicina; 1998.

86 Ibídem Boff, Leonardo. 2002,PP:19

87 La fábula del cuidado, fue conservada por el bibliotecario de César Augusto, Higino (+ 17 d.C.): «Cierta día, Cuidado tomó un pedazo de barro y lo moldeó con la forma del ser humano. Apareció Júpiter y, a pedido de Cuidado, le insufló espíritu. Cuidado quiso darle un nombre, pero Júpiter se lo prohibió, pues quería ponerle nombre él mismo. Comenzó una discusión entre ambos. En ésas, apareció la Tierra, alegando que el barro era parte de su cuerpo, y que por eso, tenía derecho de escoger el nombre. La discusión se complicó, aparentemente sin solución. Entonces, todos aceptaron llamar a Saturno, el viejo Dios ancestral, para ser el árbitro. Este decidió la siguiente sentencia, considerada justa: «Tú, Júpiter, que le diste el espíritu, recibirás su espíritu, de vuelta, cuando esta criatura muera. Tú, Tierra, que le has dado el cuerpo, recibirás su cuerpo, de vuelta, cuando esta criatura muera. Y tú, Cuidado, que fuiste el primero en modelar la criatura, la acompañarás todo el tiempo que viva. Y como no ha habido acuerdo sobre el nombre, decido yo: se llamará «hombre», que viene de «humus», que significa tierra fértil». Ibidem Leonardo Boff , 2002 pp.39-41

88 Ibídem Boff Leonardo 2012, PP: 76

89 Ibídem Boff Leonardo 2012, PP: 61

90 Acosta Alberto. El Buen Vivir. Sumak Kaxsay , una oportunidad para imaginar otros mundos Ed .Icaria Antrazyt Barcelona 2013

91 Ibídem Torralba Roselló, Fransec. 1998, PP: 313

92 Ibídem Torralba, Fransec. 1998, PP:310

93 Varios autores. Programas y objetivos docentes de Enfermería. Madrid. Universidad Complutense. 1982.

94 Nigthingale, Florence. Notas sobre Enfermería, Qué es y qué no es. Barcelona: Masson-Salvat, 1990.

95 Collière, María Françoise. Promover la vida: De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. Madrid: Tecnos, 1993:39

96 Poletti Rosette. Cuidados de enfermería. Tendencias y conceptos actuales. Barcelona. Ediciones Rol. 1980.

-
- 97 Orem Dorothea Normas prácticas de enfermería. Ed. Pirámide. Madrid 1983
- 98 Ibídem Waldow, Vera Regina. 2008; 8)
- 99 Tobón Correa Ofelia. El autocuidado una habilidad para vivir. Disponible en : <http://es.scribd.com/doc/51187879/Autocuidado-Ofelia-Tobon-Correa> (consultado el 10 de Mayo de 2012)
- 100 Amezcua, Manuel. Florence Nigthingale, en la memoria colectiva. *Temperamentvm* 2009, 10. Disponible en <<http://www.index-f.com/temperamentum/tn10/t3009.php>. (Consultado el 9 de Enero de -2013)
- 101 Ibídem Nigthingale, Florence. 1990.
- 102 Martínez Hernández, Ángel .*Antropología Médica .Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Ed. Antropos .Barcelona 2008
- 103 Camponogara, Silviamar. Saúde e meio ambiente na contemporaneidade: o necesario resgate do legado de Florence Nightingale [Salud y medio ambiente en la contemporaneidad: el necesario rescate del legado de Florence Nightingale]Esc. Anna Nery R. *Enferm. -Bra* 2012; 16(1): 178-184. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000100024&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.(Consultado 14 de Febrero de 2013)
- 104 Ibídem Poletti Rosette. 1980.
- 105 Ibídem Collière, María Françoise. 1993:39
- 106 Ibídem Kérouac Suzanne; Pepín, Jacinthe; Ducharme, Francine; Major Francine. 1994;PP:33
- 107 Ibídem Kérouac Suzanne ,Pepín Jacinthe, Ducharme Francine ,Major Francine 1994, PP:28
- 108 Ibídem Orem Dorothea 1983
- 109 Krederdt Araujo, SL. Reflexiones sobre el cuidar-cuidado de enfermería. Estudio etnográfico en enfermeras docentes de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Biblioteca Lascasas, 2007; 3(1). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0201.php>(consultado el 12 Abril de 2010)
- 110 Ibídem Waldow Vera Regina. 2008, PP.83
- 111 Ibídem Kérouac, Susanne; Pepin Jacinthe; Ducharme, Francine;, Duquette Andre, Major Francine 1996. PP.43
- 112 Montero Ramírez, Grettel; León Guerra, Lidia Silvia; González Alba, Madeleine; Sosa, Agustina Marelys; León Hernández, Yuniet; Tamayo Pompa, Yilán Reflexiones acerca de la Enfermería transcultural. *Metas Enferm* 2012; 15(7): 62-65
- 113 Urra M Eugenia, Jana A Alejandra, García V Marcela. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. *Cienc. enferm [revista en la Internet]*. 2011 Dic. [citado 2013 Jul. 01]; 17(3): 11-22. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532011000300002>.
- 114 Rivera Alvarez, Luz Nelly; Avarado Triana. "Cuidado humanizado de Enfermería: Visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la Clínica del Country." *Actualizaciones En Enfermería* 2007;.10(.4):15 - 21
- 115 Watson, Jean. Teoría del cuidado Humano Disponible en: <http://www.uchsc.edu/nursin/caring>.(Consultado el 12 Nov. 2012)
- 116 Caldero Urrea, María Teresa; Luque Llaosa, Marta Beatriz; Palomino Martínez, Ana. Aplicación de la teoría de los factores cuidativos de Jean Watson a una situación de la práctica clínica. *Rev. Paraninfo Digital*, 2009; 7. Disponible en <http://www.index-f.com/para/n7/114o.php>(Consutado el 19 de Enero de 2013)
- 117 Waldow, Vera. Regina. *Cuidar Expressão humanizadora da enfermagem* Ed. Vozes. Petrópolis 2010
- 118 Ibídem Waldow, Vera. Regina. 1998, PP:129
- 119 Waldow Vera Regina, Borges Rosália Figueiró. Cuidar e humanizar: relações e significados. *Act Paul. Enferm. [Serial on the Internet]*.2011 [cited 2012 Feb 07]; 24(3):414-418. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000300017&lng=en.) <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000300017>.(Consultado 10-5-2012<9)
- 120 Waldow, Vera Regina. Cuidado integral: Cuidado de si, del outro, del todo. *Rev. Paraninfo Digital*, 2012; 15. Disponible en: <<http://www.index-f.com/para/n15/002po.php>>(Consultado el 1 de Abril de 2013)
- 121 Ibídem Waldow, Vera Regina. 2008, PP: 12
- 122 Ibídem Waldow, Vera Regina. 2008 ,PP:13

-
- 123 Waldow Vera Regina. O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Petrópolis (RJ): Vozes, 2004.
124. Tobón Correa Ofelia. El autocuidado una habilidad para vivir. Disponible en : <http://es.scribd.com/doc/51187879/Autocuidado-Ofelia-Tobon-Correa> (Consultado el 10 de Mayo de 2012)
- 125 Hernández Méndez, Solanger. Planteamientos sobre enfermería desde una concepción filosófica .Enfermería Global. Mayo 2003 .Disponible en :<http://revistas.um.es/eglobal/article/download/667/699>(Consultado el 14-4-2012)
- 126 Lorenzini Erdman ,Alacoque ;Lizia Leite ,josete; Costa Mendes, Isabel Amelia; Trevizan ,María Auxiliadora; Carvalho Dantas Claudia; Análisis de Invetiaciones Brasileñas enfocadas en el cuidado de enfermería ,años 2001-2003. Cienc. enferm. [revista en la Internet]. 2005 Dic. [citado 2013 Jul. 01]; 11(2): 35-46. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532005000200006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532005000200006>
- 127 Nascimento, Keyla Cristiane do; Erdmann, Alacoque Lorenzini; Leite, Joséte Luzia; Marcelino, Gabriela; Ribeiro, Juliana Aparecido Conceitos de cuidado sob a perspectiva De mestrandas de enfermagem. Rev. Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS) 2006; 27(3): 386-97
- 128 Gálvez Toro, Alberto. Errores en el lenguaje: Nursing no es Enfermería. "Cuidado" no es Care. Biblioteca Lascasas, 2007; 3(3). Disponible en: http://www.indexf.com/las_casas/documentos/lc0251.php(Consultado el 12-6-2011)
- 129 La Fundación DOMO es lugar de estudio, reflexión, investigación y experimentación en el ámbito de las ciencias de la salud y de la enseñanza .Disponible en : <http://www.emagister.com/fundacion-domo-cursos-56102-centrodetalles.htm>.(Consultado el 12 de Agosto de 20123)
- 130 Germán Bes, Concha.: Auto cuidados en atención Primaria de Salud. Salud 2000, 1.991; 28: 12-16.
- 131 Germán Bes, Concha. Documentación de la asignatura Teorías y Modelos, Máster de Ciencias de la Salud, Universidad de Zaragoza. 2003
- 132 Germán Bes, Concha, Fajardo Trasobares, Esther. Influencia del género en el reconocimiento de los cuidados enfermeros visibles e invisibles. Índex de Enfermería [Índex Enferm] (edición digital) 2004; 46. Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/46revista/46_articulo_9-12.php. (Consultado el 12 de mayo de 2009)
- 133 Huércanos Esparza, Isabel. El cuidado invisible, una dimensión de la profesión enfermera. Biblioteca Lascasas, 2010; 6(1). Disponible en :<<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0510.php>.(Consultado el 16 de Abril de 2013)
- 134 Huércanos Esparza, Isabel. Estudio piloto para la validación de un cuestionario acerca de la percepción de los pacientes sobre la calidad del Cuidado Invisible de Enfermería. Biblioteca Las casas, 2011; 7(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0567.php> (Consultado el 5 de Mayo de 2012)
- 135 Ibídem Germán Bes, Concha; Fajardo Trasobares, Esther; Sobreviela Ruiz Oscar 2004,PP: 46
- 136 Waldow, Vera Regina. 2008, PP:12
- 137 Germán Bes, Concha; Hueso Navarro, Fabiola. Cuidados humanizados, enfermeras invisibilizadas. Paraninfo digital monográfico de investigación en salud. año iv – n. 9 – 2010 Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n9/pi009.php> (Consultado el 14- de Mayo de -2011)
- 138 Varios autores. Clave. Diccionario de uso del español actual. Ediciones SM Madrid,2001
- 139 Vélez Álvarez, Consuelo El cuidado en enfermería, perspectiva fenomenológica Hacia la Promoción de la Salud, Volumen 16, No.2, julio - diciembre 2011, PP:175 - 189
140. Ibídem Boff Leonardo 2012,PP: 130
- 141 Diccionario del uso del español actual Ed. CESMA S.A. Madrid 1996.PP1857
- 142 Diccionario de uso español Ed. abreviada María Moliner Ed. Gredos, 2ª Ed. Madrid 2008 PP.1725
- 143 Ibídem Vélez Álvarez, Consuelo 2011
- 144 Foucault, Michael. Vigilar y Castigar. Nacimiento de la prisión. Ed. Siglo XX, 16 Ed. Madrid 2009
- 145Ibídem Foucault Michael 2009, PP:175
- 146 Kuerten Rocha, Patricia; do Prado, Marta Lenise; de Gasparri, Patricia; Sebold, Luciana Fabiene; Waterkemper, Roberta; Bub, María Bettina C.El cuidado y La enfermería Av. enferm. -Col- 2009; jun. 27(1):102-109
- 147 Waldow, Vera Regina Nuevas ideas sobre El cuidado [Atualização do cuidar]Aquichán 2008; 8(1): 85-96

-
- 148 Pires, Cláudia Geovana da Silva; Mussi, Fernanda Carneiro Refletindo sobre pressupostos para o cuidar/cuidado na educação em saúde da pessoa hipertensa [Reflexionando sobre los conceptos del cuidar/cuidado en la educación en salud del sujeto hipertenso] Rev. Ex Enferm USP Bra 2009;43(1):229-236
- 149 Davis Anne J. El cuidar y la ética del cuidar en el siglo XXI: qué sabemos y qué debemos cuestionar. Colegio oficial de enfermería de Barcelona .Disponible en :
http://www.coib.org/uploads/BO/noticia/documents/ANNE%20DAVIS%20CASTELL%C3%A0_DEF.PDF(Consultado el :14 de Abril de 2013)
- 150 Ibídem Waldow, Vera Regina 2010, PP: 84
- 151 Germán Bes, Concha. Documentación de la asignatura Teorías y Modelos, Máster de Ciencias de la Salud, Universidad de Zaragoza. 2003
- 152 Gervás Juan, Pérez; Fernández Mercedes. Sano y salvo y libre de intervenciones medicas innecesarias. Ed. Los libros del lince Barcelona 2013
- 153 Ibídem Gervás, Juan 2013. PP: 64
- 154 Rodríguez Ramos Rómulo, Rodríguez Pérez, Judit Psiconeuroinmunoendocrinología.(PNIE), el Pensamiento Complejo y la Medicina Naturista Medicina Naturista , 2009; Vol. 3 - N.º 2: 86-91
- 155 Marsiglia G. La psiconeuroinmunología: Nueva visión sobre la salud y la enfermedad, Italo Gac Méd. Caracas 117(3): 148-151, D. 2009 Sep.
- 156 Gómez Gonzales B, Escobar A. Rev. Estrés y sistema inmune. Mex. de neurociencia 2006;7(1):30-38
- 157 Germán-Bes, Concha. Una mirada actual del modelo ecológico de Florence Nightingale Revista Científica de Enfermería. Recien Nº 2 mayo 2011, PP: 5
- 158 Orkaizagirre Gómara, Aintzane. Oxitocina, la hormona de la calma, el amor y la sanación. Ética de los Cuidados. 2010 ene-jun.; 3(5). Disponible en : <http://www.index-f.com/eticuidado/n5/et7402.php>(Consultado el 30 de Mayo de 2013)
- 159 Ibídem Germán-Bes, Concepción. 2011, PP: 5
- 160 Ribeiro Leão, Eliseth R Imagens mentais decorrentes da audição musical erudita em mulheres com dor crônica musculoesquelético: contribuciones para a utilização da Musica pela Enfermagem. São Paulo. Escola de Enfermagem d USP ,2002.
- 161 Ribeiro Leão Eliseth Cuidar de Pessoas e Música. Uma visão Multiprofissional Ed. Yendis São Caetano do Sul. Brasil 2009.
- 162 Tubía, Maite .El Ritmo musical en la recuperación del movimiento en el Parkinson. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10401/3410>(Consultado el 5 de abril de 2013)
- 163 Porta, Miquel, et al. Estudios realizados en España sobre concentraciones en humanos de compuestos tóxicos persistentes. Gaceta Sanitaria, 2008, vol. 22, no 3, p. 248-266.
- 164 Olea, Nicolás. La exposición a disruptores endocrinos. Ponencias del Curso de Verano de El Escorial. "Riesgo Tóxico Protección Ambiental, Salud Laboral Y Seguridad Alimentaria". Fundación General de la Universidad Complutense de Madrid, 2005, vol. 30.
- 165 Prada, Carlos de, et al. "Las nuevas enfermedades y la contaminación química." (2010). Disponible en : http://digital.csic.es/bitstream/10261/40288/1/MATERIALES_300505.pdf (Consultado el 1 de Abril de 2013)
- 166 Ibídem Gervás Juan, Pérez Fernández Mercedes. 2013, PP:67
- 167 Ibídem Martínez Hernández Ángel .2008
- 168 Ibídem Germán-Bes, Concha 2011, PP: 5
- 169 Moreschi, Claudete; de Siqueira, Daiana Foggiano; Dalcin, Camila Biazus; Grasel, Jéssica Torres; Backes, Dirce Stein Homenagem a Florence Nigthingale e compromisso com a sustentabilidade ambiental [Homenaje a Florence Nigthingale y compromiso con La sostenibilidad ambiental]Rev. Baiana Enferm 2011 ; 25(2):203-208
- 170 González Gil .Florence Nightingale. Profesionalización de los cuidados desde una perspectiva de la antropología feminista. Cultura de los Cuidados .1.er semestre 2005 , año IX (17
- 171 Narváz Traverso, Alicia; Martínez Galiano, Juan Miguel; Pérez Martín, Blanca. Revisitando a Florence Nightingale desde una perspectiva de género. Índex de Enfermería [Índex Enferm] (edición digital) 2010; 19(4). Disponible en <<http://www.index-f.com/index-enfermeria/v19n4/7268.php>>(Consultado el 12 Enero de 2013)

-
- 172 Martínez Ques; Ángel Alfredo, Fernández Romero Flora. El compromiso de una pionera con los derechos de las mujeres: Lavinia Lloyd Dock (1858-1956). *Índex Enferm* [revista en la Internet]. 2007 Jun. [citado 2013 Abr. 15] ; 16(56): 62-65. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962007000100014&lng=es.
- 173 Tobón Correa Ofelia. El autocuidado una habilidad para vivir. (Consultado el 10 de Mayo de 2012)
- 174 O.M.S.: Atención Primaria de Salud. Conferencia Internacional de Alma-Ata. Ginebra, 1978.
- 175 Blázquez Rodríguez, Maribel. Democratizar la atención en salud. *Índex de Enfermería* [Índex Enferm] (edición digital) 2010; 19(2-3). Disponible en <<http://www.index-f.com/index-enfermeria/v19n2-3/2310.php> (Consultado el 29 de Enero de 2013)
- 176 Germán Bes, Concha .Salud Ambiental y Ecológica, en Salud Global. Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. Madrid 2005 Disponible en : <http://es.scribd.com/doc/39450195/LIBRO-DE-GLOBALIZACION-Y-SALUD-1-Copy>(Consultado el : 12 de Marzo de 2013)
- 177 Collière, Marie Françoise Cuidar. Asegurar el mantenimiento y continuidad de la vida. *Índex* 1996 ; V(18):9-14.Disponible en: el <http://www.index-f.com/index-enfermeria/18/0914.php> (.Consultado el 14 de Abril de 2013)
- 178 Ibídem Tobón Correa, Ofélia, El autocuidado una habilidad para vivir. PP: 11
- 179Nelly Pére .Valores éticos y morales en la práctica de la enfermera comunitaria. Ética, Bioética. Ética médica. Ética en "010 Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2277/1/>(Consultado el 15 de Abril de 2013)
- 180 Savater, Fernando. Ética para Amador .Editorial Ariel Barcelona 2003,PP:189
- 181 Alvarado García, Alejandra. Alvarado García La ética del cuidado Aquichan -Col- 2004; 4(4):30-39. Disponible en : <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/71/487>(Consultado el 15 de Abril de 2013)
- 182 Gilligan Carol. La moral y la teoría. Psicología del desarrollo femenino. México: FCE, 1985
- 183 Campos Pavone Zoboli, Elma Lourdes. A redescoberta da ética do cuidado: o foco e a ênfase nas relações. *Rev. Esc Enferm USP* 2004; 38(1):21-7. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n1/03.pdf>.(Consultado el: 31 de Mayo 2013.)
- 184 Ibídem Waldow Vera Regina, 2008, PP: 102
- 185Campos Pavone Zoboli, Elma Lourdes. 2004. PP: 21-7
- 186 Moliner, María. Diccionario del uso español. Ed. Gredos 2008, PP: 560
- 187 Ibídem Waldow Vera Regina 2008, PP: 84
- 188 Camps Victoria La excelencia en las profesiones sanitarias Disponible en : <http://www.fundacionmhm.org/tema0721/articulo.pdf> (Consultado el 15 de Abril de 2013)
- 189 Germán Bes, Concha; Hueso Navarro, Fabiola; Huércanos Esparza, Isabel; Ferrer Arnedo, Carmen .Exploración del término "buen trato", dicho por familiares y usuarios de los servicios de salud *Rev Paraninfo Digital* 2011, Año V(14)disponible en : <http://www.index-f.com/para/n14/pdf/166d.pdf>(Consultado el 14 Agosto de 2013)
- 190 Waldow Vera Regina Una experiencia vivida por una cuidadora, como paciente, utilizando a narrativa literaria. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2011 Out-Dez; 20(4): 825-33
- 191Ibídem Waldow, Vera Regina. 2008, PP: 142
- 192 Ibídem Torralba Rosselló, Fransec, PP: 348
- 193 Ibídem Waldow, Vera Regina. 2008, PP: 149
- 194 Ibídem Waldow, Vera Regina. 2008, PP: 149
- 195De Beauvoir, Simone .El Segundo Sexo. Ed. Cátedra Madrid. 1998
- 196 Scott Joan W: el género como categoría para el análisis histórico Disponible en <http://clionauta.wordpress.com/2009/01/09/joan-w-scott-el-genero-como-categoria-para-el-analisis-historico>(Consultado el 9 de Abril de 2013)
- 197 Gomáriz, Enrique "Los estudios de género y sus fuentes epistemológicas. Periodización y perspectivas", en *ISIS Internacional* N° 17, Santiago de Chile (1992): Disponible en: <http://tallergeneroycomunicacionccc.files.wordpress.com/2011/04/gomariz-periodizacic3b3n-de-los-estudios-de-gc3a9nero.pdf> (Consultado el 14 de Abril de 2013)

-
- 198 Gamba, Susana, ¿Qué es la perspectiva de género y los estudios de género? disponible en : <http://www.mujeresenred.net/spip.php?article1395>(Consultado el 8 de abril de 2013)
- 199 Fontenla Marta, .El patriarcado. Disponible en : <http://www.mujeresenred.net/spip.php?article1396> (Consultado el 8 de Abril de 2013)
- 200 Engels Friederich. El origen de la familia, la propiedad privada y el estado .Ed. Sol 90 para Edición Público. 2010.PP :82
- 201 Bernárdez, Enrique. Los Mitos Germánicos. Alianza Ed. ISBN 84-206-7977-1
- 202 Caballé, Anna. El feminismo en España. La lenta conquista de un derecho. Madrid: Cátedra. 2013. PP. 330
- 203 Amorós, Celia .Hacia una crítica de la razón patriarcal, Ed. Anthropos, Barcelona 1991.
- 204 De las Heras Aguilera, Samara. Una aproximación a las teorías feministas, Universitat. Revista de Filosofía, Derecho y Política, nº 9, enero 2009, pp. 45-82. Disponible en: <http://universitas.idhbc.es/n09/09-05.pdf> . (Consultado el 14 de Abril de 2013).
- 205 Ibídem De las Heras Aguilera, Samara 2009, PP: 57
- 206 Ibídem De Beauvoir, Simone. 1998
- 207 Amorós, Celia. 10 palabras clave sobre Mujer. Disponible en <http://pendientedemigracion.ucm.es/cont/descargas/documento6244.pdf?pg=cont/descargas/documento6244.pdf> Consultado el 10 de Abril de 2013
- 208 Amorós, Celia .Tiempo de feminismo. Sobre feminismo, tiempo ilustrado y postmodernidad. Ed. Cátedra Madrid; 1997.
- 209 Ibídem Amorós, Celia. 1997.
- 210 Iglesias Marta. Celia Amorós .Pensar en Femenino Disponible en : Revista Fusión .com <http://www.revistafusion.com/2007/julio/entrev166.htm> .(Consultado el 9 de Abril de 013)
- 211 Valcárcel, Amelia .Del miedo a la igualdad, Barcelona, Crítica, 1993
- 212 Ibídem Valcárcel, Amelia 1993 PP.15
- 213 Roldán Panadero, Concha. A vueltas con la igualdad 15 ISeoría/13 (1996)PP.211
- 214 Ibídem Gilligan Carol. México: FCE, 1985
- 215 Fascioli ,Ana .Revista Ética del cuidado y ética de la justicia en la teoría moral de Gilligan Revista ACTIO nº 12 – diciembre 2010
- 216 Steve, Mónica .Contraste de dos perspectivas más allá de la ética de la justicia:
- Seyla Benhabib y Carol Gilligan. Jornades B de Fomento de la Investigación Universitat Jaume I -Disponible en: <http://www.uji.es/bin/publ/edicions/jfi13/22.pdf>. (Consultado el 9 de Abril de 013)
- 217 Cortés Ramírez, Dennys Andrea y Parra Alfonso Gladys. La ética del cuidado. Hacia la construcción de nuevas ciudadanía's Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte. Nº 23: 183-213, 2009
- 218 Comins Mingol, Irene. Del Miedo a la Diversidad a la Ética del Cuidado: Una Perspectiva de Género, UAEM, México Universitat Jaume I. BANCAIXA. Cátedra UNESCO de Filosofía para la Paz Convergencia Nº 33, septiembre-diciembre 2003, ISSN 1405-1435
- 219 Posada Kubissa luisa .De la diferencia como identidad: génesis y postulados contemporáneos del pensamiento de la diferencia sexual.: \monográficos_ no_16 araucaria_ luisa posada kubissa, de la diferencia como identidad génesis y postulados contemporáneos del pensamiento de la diferencia sexual. Disponible en: http://institucional.us.es/araucaria/nro16/monogr16_2.htm . (Consultado el 9 de abril de 2013)
- 220Radl Philipp, Rita. “questões epistemológicas sobre gênero: o debate atual” ponencia vii colóquio do museu pedagógico: “educação, PP 14. “Historia, memória e práticas sociais” Pool. UEPG Ci. Hum. Ci. Soc. Apl., Ling., Letras e Artes, Ponta Grossa, 16 (1) 9-20, jun. 2008
- 221 Hernández Piñero, Aránzazu. Igualdad diferencia: genealogías feministas feminismo/s 15, junio 2010, pp. 75-94
- 222 Muraro, Luisa: El orden simbólico de la madre; Horas y Horas, Madrid, 1994
- 223 Rivera Carretas ,Milagros .Historia de una relación sin fin: la influencia en España del pensamiento italiano de la diferencia sexual (1 987-2002) DUODA Revista d'Estudis Feministes núm. 24-2003 Disponible en : http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=7&sqi=2&ved=0CFMQFjAG&url=http%3A%2F%2Fwww.raco.cat%2Findex.php%2FDUODA%2Farticle%2Fdownload%2F62916%2F91106&ei=fj6wUbaNMKGr7Ab80oD4Dg&usq=AFQjCNFmLf2Va8PC0Dv-OElqUzPU-9JhQ&sig2=ujtvlr_Hckz5Gzw0c8ISjg.(Consultado el :12 de Abril de 2013)

-
- 224 Sendon de León, Victoria. Disponible en: <http://www.mujeresenred.net/spip.php?article1571> .(Consultado el : 12 de Abril de 2013)
- 225 De Laurentis, T. "Imaginario materno y sexualidad", en: Debate Feminista, año 6, vol. 11, abril-1995.
- 226 Amorós, Celia. La gran diferencia y sus pequeñas consecuencias. para la lucha de las mujeres. Cátedra, Instituto de la Mujer y Universidad de Valencia (Col. Feminismos Madrid 2005
- 227 Valcárcel, Amelia. La política de las mujeres. Ediciones Cátedra, Universidad de Valencia e Instituto de la Mujer, Madrid (1997) (Col. Feminismos, 38).
- 228 Valcárcel Amelia .Disponible en: en <http://www.mujeresenred.net/amelia-valcarcel.html>. (Consultado el 12 de Abril de 2013)
- 229 Camps; Victoria. El valor y el ejercicio del cuidado libro blanco del envejecimiento activo disponible en : <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/libroblanco-envejecimientoactivo/imserso-libroblancoenvejecimientoactivo-capitulo17-01.pdf>(Consultado el 9 de Abril de 2013)
230. Puleo, Alicia .H Feminismo y ecología El Ecologista, nº 31, verano 2002
- 231 Carcaño Valencia ,Érika Ecofeminismo y ambientalismo feminista una reflexión crítica argumentos ^ uam-x ^ México :183
- 232 Ibídem Puleo, Alicia H 2002, PP: 39
- 233 Puleo, Alicia H Ecofeminismo .para otro mundo posible Ed Cátedra Madrid 2013 PP:426
234. Fraser, Nancy. "Usos y abusos de las teorías del discurso francés en la política feminista", en: Hypatia, Buenos Aires, 1989.
- 235 Ibídem González María Nohemí 2010,PP: 68
- 236 Fraser, Nancy. Redistribución y reconocimiento: hacia una visión. integrada de justicia del género. RIFP/8(1996) pp. 18-40
- 237 Fraser, Nancy .La justicia social en la era de la política de identidad: redistribución, reconocimiento y participación. Revista de Trabajo 2008; Año 4 (6).
- 238 Fraser Nancy ¿De la redistribución al reconocimiento?. Ed. Morata Madrid 2006
- 239 Boff, Leonardo y Muraro, R. M. Femenino y masculino: una nueva conciencia para el encuentro de diferencias. Ed. Trotta. Madrid:2004
- 240 Ibídem Boff 2002, PP: 77
- 241 Ehrenreich, Barbará y English Deirdre Brujas comadronas y enfermeras. una historia de sanadoras. Editorial la Sal, Barcelona, 1981
- 242 Tausiet ,Carles Marta .Comadronas-brujas en Aragón en la edad moderna: mito y realidad manuscritas 15 Ed. Ciudad.(1997) PP:377-392
- 243 Beteta Martín, Yolanda Los delitos de las brujas la pugna por el control del cuerpo femenino. Disponible en : <http://cdd.emakumeak.org/ficheros/0000/0593/Beteta.pdf> (Consultado el 7 de Abril de 2013)
- 244 Ibidem Beteta Martín, Yolanda, PP: 8
- 245 Blázquez Graf .Los conocimientos de la brujas, causas d persecución. En Ciencia salud biotecnología y calidad de vida de las mujeres Estud. En Miqueo ,Consuelo ; Barra Mª José, Magallón Carmen .Estudios iberoamericanos de Generen ciencia tecnología y salud .Prensas Universitarias de Zaragoza .Zaragoza, 2008
- 246 Cabré Mònserrat. y Salmón, Fernando. (1999), "Poder académico versus autoridad femenina: la facultad de París contra Jacoba Félicí (1322)", Dynamis, 19: 55-78.
- 247 Urmeneta Marin, Ana El arte de ayudar a parir y las comadronas en Navarra .Disponible en : <http://www.euskonews.com/01812bk/gaia18103es.html>(Consultado el 7 de Abril de 2013)
- 248 Rodríguez, J. J. V. (2012). DUESO, José: Historia y leyenda de las brujas de Zugarramurdi. De los akelarres navarros a las hogueras riojanas. Editorial Txertoa, Donostia-San Sebastián, 2010. 109 pp.[ISBN: 978-84-7148-487-1]. El Futuro del Pasado, 3, 554-559.
- 249 Foucault, Michael .El nacimiento de la clínica. Ed. Siglo XXI Madrid 1999

-
- 250 Irigibel-Uriz Xabier. Enfermería disciplinada, poder pastoral y racionalidad medicalizadora. *Índex Enferm* [revista en la Internet]. 2008 Dic. [citado 2013 Abr. 23]; 17(4): 276-279. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000400012&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962008000400012>.
- 251 Attewell A. Florence Nightingale (1820-1910). Unesco: Oficina Internacional de Educación. París. 2000. Disponible en: http://www.ibe.unesco.org/fileadmin/user_upload/archive/publications/ThinkersPdf/nightins.PDF (Consultado el 24 de Abril de 2013).
- 252 Alberdi Castell, Rosamaría. Género, enfermería y desarrollo profesional. XVI Sesiones de trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente. Palma de Mallorca. 1995; 215.
- 253 Alberdi Castell, Rosa María. La influencia del género en la evolución de la profesión enfermera en España. *Metas de enfermería*. 1998–1999; 11:20-6.
- 254 Cano Caballero ,Gálvez; María Dolores .Enfermería y género, tiempo de reflexión para el cambio *Index Enferm (Gran)* 2004 ; XIII(46):34-39Disponible en : http://www.index-f.com/index-enfermeria/46revista/46_articulo_34-39.php (Consultado 6.5.2009)
- 255 Piqué Prado, Eva. Mujer y salud desde una perspectiva de género. *Metas Enferm*, 2003; 53: 50-54.
- 256 Cánovas Tomás, Miguel Ángel .Trabajo e ideología de género: un análisis antropológico de la enfermería en Murcia *Enferm Global -Esp-* 2004 nov. 5 Disponible en : <http://www.um.es/eglobal/5/05c03.html> (Consultado 6.5.2009)
- 257 Villela Rodríguez, Esther La profesionalización de la Enfermería en España y México: vivencias desde una perspectiva de género. *Rev Paraninfo Digital* 2009 III(7) Disponible en :<http://www.index-f.com/para/n7/046p.php> (Consultado 24 de Abril de 2013)
- 258 Ibidem Germán Bes, Concha; Fajardo Trasobares, Esther; Sobreviela Ruiz, Oscar 2004.
- 259 Ibidem Fraser Nancy 2006
260. Ortiz González, Teresa. El Género organizador de las profesiones sanitarias. En: *Moqueo y col. Perspectivas de género en salud Fundamentos científicos y socio profesionales de diferencias sexuales no previstas* Ed. Minerva Editores. Madrid 2001.pp. 53-75.
261. Medina Moya, José Luis. La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería Ed. Laertes, Barcelona 1999.
262. Lunardi Valeria; Peter, Elisabeth; Gastaldo, Denise. ¿Es ética la sumisión de las enfermeras? Una reflexión sobre la anorexia de poder. En: *Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería (AENTDE). IV Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería. A Coruña 9-10 Mayo 2002*
- 263 Rebolledo-Malpica, Dinora Margarita; Siles González, José Cultura y Género en la Gestión de enfermería. *Rev Tesela* 2008; 2(3) Disponible en : <http://www.index-f.com/tesela/ts3/ts6611.php>(Consultado el 11 d Abril de 2013)
- 264 Siles González José. La eterna guerra de la identidad enfermera: un enfoque dialéctico y de construccionista. *Índex de Enfermería [Índex Enferm]* (edición digital) 2005; 50. Disponible en: <<http://www.index-f.com/index-enfermeria/50revista/5196.php>> (Consultado el 11 d Abril de 2013)
- 265Vía Clavero, G; Sanjuán Naváis, M; Martínez Mesas, M; Pena Alfaro, M; Utrilla Antolín, C; Zarragoikoetxea Jáuregui, I Identidad de género y cuidados intensivos: influencia de la masculinidad y la feminidad en la percepción de los cuidados enfermeros *Enferm Intensiva* 2010 ; 21(3):104-112
- 266 Ibidem Boff 2012,PP:77
- 267 Massó Guijarro Ester La mujer y el holismo, o antropología de la urdimbre. Nueva epistemología feminista para mundos nuevos *Astrolabio. Revista internacional de filosofía* Año 2008. Núm. 6. ISSN 1699-7549. 452002.-59
- 268 Boff, Leonardo y Muraro, R. M. *Femenino y masculino: una nueva conciencia para el encuentro de diferencias*. Ed. Trotta. Madrid:2004
- 269 Ibidem Boff Leonardo 2012, PP:74
- 270Pérez Orozco Amaia: Amenaza tormenta: la crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico. *Revista de Economía Crítica* 2006 ;núm. 5.Disponible en : http://cdd.emakumeak.org/ficheros/0000/0378/amaia_perez_amenaza_tormenta_LA_CRISIS_DE_LOS_CUIDADOS_Y_LA.pdf(Consultado el 14 de marzo de 2013)
- 271 Boff Leonardo *Cuidado Esencial* Ed. Trotta2002, PP:71

272 Ibidem Germán Bes, Concha. 2004, PP: 7-8.

273 Waldow Vera Regina Mecanismos de opressão: uma questão de gênero. *Cogitare Enferm.*, Curitiba, v. 1 n. 2, p. 64-69 - jul./dez. 1996

274 Montesó Curto, M^a Pilar Concepto de género, mainstreaming e igualdad de oportunidades *Rev. ROL Enferm* 2010 ;33(5):43-47

275 Montesó Curto, Pilar .Mujeres y enfermería: cambio social. Un proyecto de igualdad para organizaciones y empresas Ed. silva .Tarragona 2011.

276 Orsi Portalo, Enrique; Reoyo Jiménez, Agustín; Cano Cayuela, Cristina; Uguina Coscotegüe, Montserrat; Seguido Giménez, Dolores; Pereda Gil, Ana; Aranguren Giménez, Ana Cargos de gestión en hospitales públicos madrileños y en colegios profesionales españoles. Un análisis de género. *Metas Enferm.*2010-2011;13(10):50-55.Disponible en : <http://www.enfermeria21.com/publicaciones/metas/sumario#> (Consultado el 24 de Abril de 2013)

277 Nascimento, Enilda Rosendo do; Santo Tomás Pérez, Magdalena. Cuestiones de género en las tesis doctorales sobre Enfermería en España *Metas Enferm* 2011; 14(5):72-76 disponible en : <http://www.enfermeria21.com/publicaciones/metas/sumario> (Consultado el 24 de Abril de 2013)

278 Germán Bes, Concha. Género y Enfermería. *Índex Enferm* [serie en Internet] 2004 1346:07-08. Disponible en:http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000200001&lng=es&nrm=iso.(Consultado el 14 de Abril de 2013)

279 Rodríguez García, Marta; Martínez Miguel, Esther; Tovar Reinoso, Alberto; González Hervías, Raquel; Goday Arean, Carmen; García Salinero, Julia. Deconstrucción de la profesión de enfermería desde la perspectiva de género. ¿Debilidad o fortaleza?

Rev. ROL Enferm 2009 ; 32(7-8):24-30

280 Fraser, Nancy. Escalas de justicia. Ed. Herder, Barcelona.2008.

281 Robledo Gómez, Ángela María .Economía del Cuidado: Del reconocimiento a la redistribución. Retos de la política pública Disponible en : http://www.dane.gov.co/files/noticias/uso_tiempo_angela_robledo.pdf(Consultado el 24 de Abril de 2013)

282 Ibidem Massó Guijarro, PP: 49

III-Objetivos e Hipótesis

III-Objetivos e Hipótesis

III.1. Objetivos

El objetivo general es el estudio de los factores que han contribuido al desarrollo de la labor profesional y especializada de la Enfermería Familiar y Comunitaria en los últimos 25 años en España.

Para ello nos plantamos los siguientes objetivos específicos:

- 1) Indagar sobre cuáles han sido los valores, dificultades y facilidades que han influido en el desarrollo del trabajo de los profesionales de la Enfermería Familiar y Comunitaria.
- 2) Conocer el papel que las Asociaciones Científicas han jugado en el desarrollo de profesional, hasta llegar al Reconocimiento de la especialidad “Enfermería Familiar y Comunitaria”.
- 3) Conocer la producción científica de las EC en este periodo de estudio como uno de los indicadores científicos del desarrollo de la especialidad.
- 4) Conocer cuáles son los cambios que han observado los actores de este proceso (usuarios y profesionales) y su grado de aceptación.

III.2. Hipótesis

La hipótesis principal es que los profesionales de Enfermería, en su especialización comunitaria, han respondido de forma positiva a las demandas que sobre materia de cuidado de salud ha hecho la sociedad española en los últimos 25 años, siendo partícipes y contribuyentes del desarrollo de un nuevo Sistema de Salud, y de un nuevo modelo de Atención Sanitaria. Como hipótesis complementarias postulamos las siguientes.

1) En el sistema sanitario español hubo un cambio de modelo en el sistema consistente en pasar de ser un modelo basado en la enfermedad y la dependencia o pasividad del paciente hacia la prevención, curación, rehabilitación, adaptación y apoyo en la fase final de la vida, a la vez que un aumento creciente en la autogestión o autocuidados por parte del paciente y familia. En este cambio de modelo, la figura de la enfermera pasó de ser auxiliar del profesional médico a ser pieza clave del equipo de salud.

2) Los informantes entrevistados, usuarios de servicios, gestores sanitarios, médicos, enfermeros y auxiliares administrativos han observados cambios en la profesión enfermera entre 1984 y 211 en los diferentes factores: a) La concepción que sobre el rol profesional tiene la población en el que se paso de una labor solo prescriptiva a una labor cuidadora b) Las relaciones interprofesionales en el equipo de atención prima pasaron de ser mas subordinada a ser más igualitarias.

3) Los cambios de la medicina tecnológica e intervencionista conviven con la medicina holística y social y ambos paradigmas influyen en el desarrollo de la atención de la Enfermería Comunitaria, en un doble sentido, y a su vez influyen en la población que a su vez interactúa con el equipo médico-a/enfermera o-.

4) En la medida que se han conceptualizado y categorizado los cuidados de enfermería ha aumentado la visibilidad y el prestigio de los profesionales. En este proceso ha sido muy relevante la contribución de la perspectiva de género de sus autoras y autores.

IV-Metodología

IV-Metodología

Para el desarrollo de los objetivos del estudio, se han utilizado diversas metodologías.

1. Para el objetivo segundo se realizó una revisión del desarrollo del asociacionismo en Enfermería Comunitaria en España. Se analizó su historia, sus páginas Webs, actividades, documentos y publicaciones.
2. Para el objetivo tercero se realizó un análisis de la producción científica lleva a cabo por las enfermeras comunitarias.
3. Para el primer y cuarto objetivo se realizó un estudio con metodología cualitativa, entrevistas en profundidad a los diferentes actores que han intervenido en este proceso.

Las tres metodologías contribuyen al desarrollo del objetivo general.

IV.1. Marco Sanitario Legal y Asociacionismo de la Enfermería Comunitaria entre 1987-2013

El estudio del asociacionismo científico en Enfermería Familiar y Comunitaria (EFYC) nos ayuda a valorar el desarrollo profesional. La participación de los profesionales en las asociaciones aumentan su poder, y estas Asociacionismo comunitaria-primaria desarrollan su función de mediar entre el individuo y las instituciones de vida pública²⁸³.

Se hizo una revisión del marco sanitario legal, y una revisión bibliográfica sobre el asociacionismo científico de la EFYC, evolución e historia. Se consultó las distintas bases de datos profesionales e internacionales y con prioridad la base de datos Cuiden Plus. Con las palabra claves "Asociación enfermería comunitaria* primaria"

También se hizo un análisis de las páginas webs de las diferentes asociaciones: sus actividades, documentos y publicaciones.

IV.2. Metodología para el Estudio de la Producción Científica

Nuestra investigación bibliográfica completa, sin alteraciones metodológicas sustanciales, es una continuación del estudio sobre la producción científica por otros autores como González Soriano²⁸⁴, Gálvez Toro²⁸⁵ ó Germán²⁸⁶. Los documentos publicados en nuestro periodo de estudio específico, entre 2005 y 2011, fueron localizados mediante búsqueda bibliográfica sistemática, tanto en revistas de enfermería, como en tesis, informes o libros, sobre cualquiera de los componentes de la enfermería recogidos en la clasificación temática propuesta como perteneciente a la actividad de enfermería comunitaria. La fuente de información utilizada para la búsqueda ha sido la base de datos CUIDEN. El «perfil de búsqueda» ha estado conformado por la combinación sumatoria de los siguientes términos/conceptos: “Rol enfermería comunitaria”, “Cuidados comunitaria”, “Enfermería Atención Primaria de Salud”, lo que en lenguaje booleano significa y expresamos como: “enfermería comunitaria” Y (“cuidados” O “atención primaria” O “rol”)

La elección de la base de datos CUIDEN, producida por la Fundación Índex (España), se debe a que incluye de forma sistemática o exhaustiva, no selectiva, la producción sobre cuidados de salud que realizan las enfermeras en Iberoamérica, conteniendo el repertorio más completo de revistas de enfermería que se publican en español y portugués. Comprende, además, bases de datos especializadas en Investigación Cualitativa, Enfermería Basada en la Evidencia e Historia y Pensamiento Enfermero, así como una hemeroteca virtual de revistas de enfermería a texto completo²⁸⁷.

Existen otras bases de datos de enfermería como Enfispo, Cuidatge o BDIE, y otras tantas de ciencias de la salud -como *Índice Médico Español* (IME) o *Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la salud* (IBECS)- que incluyen revistas de enfermería. Pero hemos comprobado que se produce un solapamiento casi total en los resultados. Por tanto, podemos concluir que la fuente utilizada en nuestra investigación bibliográfica, CUIDEN, proporciona la información más completa de la producción científica de mayor visibilidad y circulación de la enfermería española. Esta base de datos vacía todas las revistas enfermeras españolas y muchas de las latinoamericanas, y con carácter selectivo, artículos de otras disciplinas en los que se publican asuntos acerca de las enfermeras o temas de cuidados; es el caso, por ejemplo, de la revista *Atención Primaria* de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFyC).

Criterios de inclusión. Para el análisis se han seleccionado los artículos originales, de revisión, breves y comunicaciones publicadas en revistas de procedencia española; reflexiones, experiencias y trabajos de campo. Por el contrario, se excluyeron del análisis los artículos de revistas de procedencia no española, artículos de revistas de otras disciplinas, registros de otros años diferentes al período de estudio, literatura gris, monografías, cartas, notas, entrevistas, editoriales.

Una vez seleccionados los artículos a través de la lectura del resumen, valoramos si estaban relacionados con el tema de nuestra investigación y posteriormente procedimos a la lectura del texto completo. En esta etapa, alguno de los artículos seleccionados fue eliminado por no aportar información sobre los objetivos planteados. A continuación, se evaluaron los trabajos recuperados por medio de una lectura crítica.

Para el estudio bibliométrico, de carácter cuantitativo descriptivo, hemos analizado las siguientes variables: número de artículos por año, autoría, desglosando hombres y mujeres y grado de colaboración (número de coautores por artículo); ocupación laboral de los autores/as; institución responsable y comunidad regional de pertenencia; tema o problema; tipo de artículo o estudio.

En el estudio cualitativo de la literatura producida de enfermería comunitaria valoramos aspectos sociológicos de la producción científica como el ámbito de trabajo de los autores: docencia, asistencial, gestión o investigación; las áreas y enfoques de los temas de investigación publicados. Una vez identificados los temas predominantes o problemas prioritarios, realizamos una nueva búsqueda bibliográfica libre y más enfocada, siendo la palabra clave utilizada el tema que queríamos estudiar, por ejemplo, “método* enfermer* AND atención primaria”, aumentando de esta manera el número de estudios encontrados para su posterior análisis cualitativo.

IV.3. Metodología de Análisis de los Datos de Entrevistas

Para analizar la trayectoria, es decir, las posiciones sucesivas de un mismo agente sometido a incesantes transformaciones analizaremos previamente lo que Bordieu citado por Germán²⁸⁸ llama la “superficie social”. Es decir, el terreno en el que se desenvuelven los hechos personales, como resultado de interacciones objetivas en procesos sociales. La visión historicista nos da las claves de las estructuras objetivas y cognitivas. Las estructuras objetivas a partir del análisis etnográfico, político e histórico y las formas o estructuras cognitivas simbólicas hasta encontrar lo que Durkheim, también citado por Germán²⁸⁹ llamó las “formas de clasificación” de una sociedad histórica concreta.

La prosopografía o historia de grupos de personas dentro de un contexto histórico, social y político, persigue no tanto biografiar al grupo en su conjunto como poner en relación las biografías individuales de sus componentes. Se considera grupo, bien aquellos que existieron como tales o el creado a posteriori con el objetivo historiográfico y en consonancia con el criterio que guía la investigación.

El cambio principal que propone la historiografía reciente afecta al nuevo carácter epistémico que se otorga a la subjetividad el hecho, por una parte, de que quien investiga pueda generar e intervenir en la creación de la propia fuente de estudio. Y también, de que se busque y se trate de analizar la subjetividad en sí misma, más que someterla a una cuarentena crítica para evaluar en que medida lo dicho y oído responde o no, a “la verdad” o a la realidad²⁹⁰.

En este trabajo, los relatos de vida profesional, obtenidos a través de entrevistas en profundidad de las enfermeras y enfermeros, son considerados como un conjunto de profesionales que comparten unas circunstancias sociales y laborales determinadas, y cambiantes en el tiempo, dentro de un doble sistema de género que organiza la vida social, en general, y la actividad sanitaria en particular.

Los objetivos de la historia basada en fuentes orales son hoy bien diferentes a los que la bibliografía historiográfica les ha asignado durante mucho tiempo, en un plano que podríamos considerar político. La historia oral renace para dar voz a sectores socialmente silenciados por motivos de clase, raza, lugar de residencia, género o cualquier otra jerarquía y, por tanto invisibles a la escritura histórica.²⁹¹ La historia de las mujeres es ideológica y política, entendida como poderoso relato escrito, siempre subsidiario de las necesidades de cada época. El debate

acerca de la neutralidad y objetividad del conocimiento niega que se pueda hacer ninguna aportación válida al campo del saber humano desde el posicionamiento ideológico político, desde el sujeto sensibilizado que logra significar otros sujetos, problemáticas y procesos históricos con el más escrupuloso, uso de fuentes, técnicas y conceptos analíticos.

Desde un punto de vista teórico, responde al interés por el estudio de la memoria, la representación y la subjetividad. Guarda directa relación con el trabajo de campo de la Antropología Social y en general, con las técnicas cualitativas de las Ciencias Sociales, y también tiene unas características epistemológicas propias que radican, básicamente, en la importancia que la historia da a elementos tan inasibles en otras ciencias como el tiempo y la memoria. También la re conceptualización como el lenguaje, hace epistemológicamente posible, construir un puente entre varios niveles de análisis entre los sucesos individuales y la historia de vida cultural, social e histórica de los mundos de los que esos acontecimientos emergen.

IV.3.1. *Recogida de Datos*

La entrevista en profundidad es una técnica *utilizada en la* investigación cualitativa, es una metodología de elección cuando se intenta comprender los fenómenos según el punto de vista del protagonista porque se puede profundizar en los elementos subjetivos que componen el problema a estudiar²⁹². De esta manera, el papel de los investigadores es “entender e interpretar qué está sucediendo”. Somos conscientes de que no es una tarea fácil porque los investigadores no pueden abstraerse totalmente de su propia historia, de sus creencias y de su personalidad, y por la complejidad de los fenómenos humanos, pero se han desarrollado técnicas para evaluar la calidad de los datos obtenidos y sus significados²⁹³.

El origen de las entrevistas etnográficas o cualitativas puede rastrearse en los terrenos de la antropología, la sociología, la psicología y el periodismo o la historia. Sin embargo, fue a partir del siglo XIX y principios del XX cuando se emplea conscientemente en la investigación social. En el ámbito de la enfermería, es un método de investigación que está siendo muy utilizado en las dos últimas décadas, dada la intangibilidad de gran parte de las acciones de enfermería, muchas enfermeras investigadoras lo consideran el método idóneo para poder analizar los

discursos de los pacientes, con relación a sus experiencias de enfermedad y otros padecimientos y sobre los cuidados que reciben por parte de los profesionales sanitarios.

Las entrevistas cualitativas no son meras conversaciones cotidianas, aunque se aproximan a ellas. Se trata de diálogos profesionales, con un propósito y un diseño, orientados a la investigación social, que exigen del entrevistador gran preparación, habilidad conversacional y capacidad analítica.

La diversidad de estilos y formas de entrevistas es bastante heterogénea. Según los diferentes autores, esta heterogeneidad origina que algunos autores hablen de la “familia de entrevistas cualitativas” como es el caso de Herbert J. Rubin e Irene S. Rubin, citados por Blasco Hernández y Otero García²⁹⁴. En esta categoría se incluyen las «entrevistas de formato semiestructurado» que son las que hemos utilizado en este trabajo, pues son las que mejor se adaptan a nuestros objetivos. De esta manera, disponemos de un guión flexible sobre los problemas a explorar, que se complementa con las notas de campo desarrolladas por el entrevistador en el transcurso de la cita. Esto nos ha permitido obtener la información deseada al mismo tiempo que la libre expresión de los participantes.

Hemos explorado las experiencias relatadas por nuestros informantes, en cuanto a las siguientes dimensiones y cambios.1) La experiencia sobre la labor que realiza la enfermera comunitaria, los cambios que han observado en ella, a lo largo de los últimos veinticinco años, de Atención Primaria, así como los usuarios de los servicios de los Centros de Salud. 2) Las facilidades y dificultades para el desarrollo de la práctica profesional.3) La influencia de género en el reconocimiento social de la enfermería comunitaria.4) La relación entre los conceptos de cuidados enfermeros a la población y la calidad de vida.

IV.3.2.Ámbito, Universo y Sujetos de Estudio

Nuestra investigación se ha llevado a cabo en el Área de Salud de Tudela (Navarra) y en el Distrito de Salud de Sevilla Norte. Hemos escogido estas dos áreas porque tienen algunos rasgos en común: están compuestas por varios núcleos de población que forman parte de una misma área de salud y se encuentra cercano un hospital de referencia. Ambas son de carácter semi-rural, pero disponen de buenos servicios básicos. En ambas comunidades se han llevado a cabo planes de mejora de Atención Primaria que ha repercutido en el trabajo que desarrolla

la enfermera. La elección del Área de Salud de Tudela se debe principalmente a la cercanía al lugar de trabajo de la autora de esta investigación y, sobre todo, a que consideramos que es un área representativa de la población navarra, por su tamaño, sus características sociales, su nivel de vida y modelo asistencial.

El Área de Salud de Tudela se encuentra situada en el sur de Navarra, está compuesta por 22 municipios, que en total suman una población de unos 91.838 habitantes, y que suponen el 13.7 % de los 605.875 que tiene el total de la Comunidad Foral. A su vez, se encuentran agrupados en siete Zonas Básicas de Salud (memoria de 2007²⁹⁵). Todos ellos están dedicados, en su mayoría, a la agricultura intensiva, industrias de transformación de productos agrícolas y servicios. El Área de Tudela formó parte del proyecto de pilotaje para la puesta en marcha del plan de Mejora de la Atención Primaria iniciado por el Servicio Navarro de Salud en 2007. Uno de los objetivos de este plan de mejora fue dar un nuevo empuje a la figura de la Enfermera Comunitaria, actualizando sus competencias. Desde los servicios de gestión plantearon un modelo de atención basado en las necesidades reales de los pacientes, potenciando la estrategia del auto-cuidado^{8, 9, 10, 11, 12, 13, 14,15}. En el año 2013, el plan de mejora es una realidad en todas las áreas de salud de Navarra.

Por su parte, el área Norte de Sevilla está formada por 14 unidades de Gestión clínica. Comprende un total de 26 localidades, prestando atención a 155.491 habitantes (censo de 1.996) de los cuales, 103.181 personas habitan en el cinturón periurbano de Sevilla capital, de orografía llana y calurosa, y el resto de las localidades se van extendiendo a lo largo de 105 kilómetros, hasta la Sierra Norte de Sevilla. Su principal actividad es también agrícola y algo de industria, entre las que en los últimos años despunta el turismo. El estudio en un Área de Salud de la Comunidad Autónoma de Andalucía se traza con el objetivo de comparar ambos terrenos, considerando ésta última como pionera en el desarrollo de competencias sanitarias y, en concreto, con un modelo gestión de casos en atención domiciliaria, donde el profesional protagonista es la enfermera y se presentan como pioneros, también, en la gestión compartida de la demanda y en la prescripción enfermera.

IV.3.3. Selección de Informantes

Una de las características de los estudios de tipo etnográfico, como es esta parte de nuestra investigación, es la adaptabilidad y flexibilidad de las decisiones de selección y muestreo, o

elección de los informantes clave, así como su integración en las distintas fases de la investigación. Se pidió a compañeros de la zona que nos facilitaran la entrevista a personas representativas de su población. Uno de los requisitos indispensables para poder participar en el estudio fue que se cumpliera el criterio que se recomienda en este tipo de estudios: “que las personas sean capaces de testimoniar su experiencia, aportando datos válidos y completos para el interés de los investigadores”²⁹⁶. Los participantes fueron elegidos por segmentos que respondían a nuestros intereses de estudio: enfermeras/os, médicos, gestores y pacientes, utilizando la técnica “la bola de nieve”, hasta que logramos tener la información completa y saturada, es decir, cuando los datos empezaban a ser repetidos y no se obtenía nada nuevo.

La selección de los informantes se realizó en base a los objetivos del estudio que, recordemos, son: 1) Que fueran usuarios habituales o con cierta frecuencia de los servicios sanitarios. 2) Que pudieran expresar los cambios experimentados en un periodo de 25 a 30 años. Por ello, se buscó a un grupo de personas que cumplieran los siguientes criterios e inclusión:

Para los usuarios: 1) mujeres y hombres de más de 50 años; (2) que hubiesen tenido relación con los servicios de salud en el nivel primario; (3) que estuviesen disponibles y receptivos; (4) y que mantuvieran una buena capacidad de comunicación.

Para los profesionales: que llevasen en el puesto de trabajo el tiempo suficiente, de manera que pudieran recordar cómo era la situación del sistema sanitario anterior a la reforma de 1986, para poder explicar cómo perciben ellos la situación y la evolución de estos años. Para ello, decidimos entrevistar a mujeres y hombres mayores de 40 años que llevasen con un mínimo de 10 años de experiencia en su puesto.

El número de entrevistas fue de 44 informantes, que estuvo en las cifras estimadas como correctas según los expertos (la bibliografía indica que no debe ser inferior a 20 ni superior a 50 entrevistas). Es un tamaño suficiente para desvelar los temas principales del estudio (Swanson, 1986 citado por De la Cuesta 1994)²⁹⁷. Y siempre que se sature la observación, como ha sucedido en nuestro caso. El período de recogida de la información fue de seis meses, de mayo a octubre de 2011.

Usuarios

La identificación de los informantes se realizó de forma aleatoria, a través de contactos ajenos a los centros de salud a los que pertenecían los usuarios. Posteriormente, se contactó telefónicamente con ellos, solicitando la colaboración voluntaria en el estudio y explicándoles el motivo. La entrevista comenzó transmitiéndoles el objetivo del estudio y la importancia de su aportación social. Se les pidió permiso para grabar y se les garantizó la confidencialidad de los datos. Para llevar esta tarea a cabo se utilizaron dos grabadoras.

Las entrevistas se llevaron a cabo en el domicilio particular de los informantes, que amablemente accedieron a recibirnos en su hogar. No tuvimos ninguna negativa a participar en el estudio. Colaboraron 17 personas, 5 hombres y 12 mujeres, de acuerdo a los criterios de inclusión. Las edades oscilaban entre 54 y 80 años (media de 72 años). Todos son jubilados y amas de casa salvo una de ellas, que ha trabajado como auxiliar de clínica en un hospital. El nivel de estudios es medio-bajo. Asimismo, cinco de ellos han tenido sus propias experiencias como enfermos, y los demás como usuarios y cuidadores de otros familiares.

Las entrevistas duraron de 30 a 50 minutos, en total aproximadamente unas 33 horas de grabación. Fueron transcritas en su totalidad por un audio secretaria profesional, manteniendo el lenguaje propio de los sujetos, incluyendo los tiempos de pausa y de silencio. Que ocuparon un total de 195 páginas. La entrevistadora tomó nota de los aspectos de comportamiento y las manifestaciones corporales demostradas por los entrevistados²⁹⁸. Además de recoger las respuestas mediante grabación magnetofónica, en un cuaderno se recogieron algunas notas de campo, como comentarios y observaciones relacionadas con el entorno en ese momento como: las personas que acompañan al entrevistado, su estado de ánimo y las posibles reacciones emocionales a determinados temas que van apareciendo a lo largo de la entrevista. Al final, se anotaron las impresiones generales sobre el transcurso de la misma y sobre el informante.

Las entrevistas a los informantes se iniciaron con preguntas del tipo: ¿Cómo ha sido su experiencia con la enfermera del Centro de Salud? ¿Qué espera de los profesionales de la salud, de los médicos y, en concreto, de las enfermeras? ¿Cómo le gustaría ser cuidado? ¿Qué son para usted los cuidados de enfermería? ¿En qué situaciones recurriría a una enfermera? ¿Cuál cree que debería ser el quehacer diario de la Enfermera Comunitaria? ¿Qué cree que pueden aportar a la vida de las personas la EC? ¿Cree que el trabajo de las enfermeras que

trabajan en los C.S. ha cambiado con relación al que se hacía antes, con los practicantes o en los ambulatorios? ¿Qué visión cree que tiene la población de la enfermera comunitaria? ¿Cómo cree que valoran su trabajo? ¿Piensa que el género o el hecho de ser mujer u hombre influyen en la profesión?

Tabla :1 Usuarios Sevilla				
Nombre	Edad	Sexo	Laboral	Rel /C.S.
BU1	73	H	Activo	Usuario
BU2	80	H	Jubilado	Usuario
BU3	72	H	Jubilado.	Esposo/cuid
BU4	75	M	Ama casa	Esposa/cuid
BU5	80	M	Ama casa	Usuaría
BU6	68	M	Ama casa	Esposa/cuid
BU7	75	M	Ama casa	Usuaría
BU8	79	M	Ama casa	Usuaría
Bu9	80	M	Ama casa	Usuaría

Fuente: elaboración propia

Tabla . 2 Usuarios Tudela				
Nombre	Edad	Sexo	Laboral	Rel /C.S.
Au1	64	M	Ama casa	Usuaría
Au2	62	H	Jubilada	Usuaría
Au3	63	M	Ama casa	Usuaría
Au4	60	M	Jubilada	Usuario
Au6	63	M	Ama casa	Usuaría
AU5	62	H	Jubilado	Usuario
Au7	60	M	Ama casa	Hija
AU8	62	M	Ama casa	Hija

Fuente: elaboración propia

Profesionales

Se entrevistó a 27 profesionales, 9 enfermeras, 5 enfermeros, 3 médicos, 2 médicas, 5 gestores y 3 administrativas. La edad de los profesionales osciló entre los 38 y los 62 años y la media de permanencia en el puesto de trabajo fue de 10 años para los más jóvenes y de 30 para los veteranos. Las preguntas que se hicieron a los profesionales fueron del tipo: ¿cuál fue el motivo por el que decidió trabajar en Atención Primaria? ¿Cuál cree que debe de ser la labor de la EC? ¿Cómo ha cambiado el trabajo en estos años? ¿Qué factores han influido? ¿El género es uno de estos factores en la evolución del trabajo de la EC? ¿Qué son para usted los cuidados?

Se realizaron en el lugar de trabajo y, preferentemente, al finalizar el horario laboral para no entorpecer el trabajo habitual, de forma que tuvieran tranquilidad y dominio de la situación, aspectos importantes para que nos puedan transmitir con naturalidad y serenidad sus propias experiencias y valoraciones.

Tabla:3 Profesionales Sevilla				
Nombre	Sex	Edad	Prof	Tiempo AP
EB1	H	48	Enf.	23
EB2	H	53	Enf.	30
EB3	H	52	Enf.	30
EB4	H	48	Enf.	22
PB5	M	58	Enf.	30
EB6	M	52	Enf.	30
PB7	M	38	Enf.	10
GE2	M	38	Gestor	10
EB9	M	55	Enf.	30
EB10	M	55	Enf.	35
MD5	H	50	Med	20

Fuente: elaboración propia

Tabla :4 Profesionales Tudela				
Nombre	Sexo	Edad	Prof.	Tiempo AP
EA1	M	65	Enf.	35
EA2	M	55	Enf.	20
EA3	H	53	Enf.	30
EA4	M	56	Enf.	15
EA6	M	64	Enf.	33
MD1	M	54	Med	27
MD2	H	65	Med	40
MD3	H	65	Med	40
MD4	M	57	Med	25
GM1	H	64	Gestor	40
GE2	H	52	Gestor	22
GE3	M	53	Gestor	30
AD1	M	48	Admin	18
AD2	M	54	Admin	24
AD3	M	48	Admin	10

Fuente: Elaboración propia

IV.3.4. Análisis del contenido

El análisis de contenido de las transcripciones de los discursos de las entrevistas individuales se realizó de acuerdo con el enfoque de Taylor-Bojdan²⁹⁹, siguiendo las acciones de descubrimiento, codificación y relativización de los datos. Se elaboró en forma de espiral, es decir, retrocediendo una y otra vez a ellos con el fin de incorporar los aspectos necesarios para dar consistencia a los resultados, a través de un proceso dinámico en el que se interrelacionaron a través de las siguientes etapas:

- Transcripción de los archivos de audio en formato Word.
- Segmentación: tras la lectura repetida de la información, se siguió la pista de temas, interpretaciones e ideas y, buscando los temas emergentes, se elaboraron tipologías y se desarrollaron conceptos y proposiciones al separar el conjunto de datos en unidades temáticas.
- Reducción de datos: llevamos a cabo una organización, condensación y ordenación de la información en forma de resúmenes y relación de temas.
- Categorización: identificamos las categorías que implican una explicación a las situaciones, contextos, comportamientos y perspectivas sobre la situación. Aunque iniciamos el proceso de recogida de datos con un guión de entrevista, fue preciso reconstruir algunas categorías que se fueron modificando, ampliando, redefiniendo y consolidando conforme avanzábamos en el análisis de la totalidad de la información.

La información se ha ordenado de acuerdo a varias dimensiones, y cada dimensión en varias subcategorías, que nos ayudan a conocer el significado que las personas dan a los cuidados prestados por las enfermeras comunitarias y los cambios que observan con relación a la atención que prestaban los profesionales de enfermería antes de la reforma de 1986.

En el conjunto de supuestos, modelos de análisis y criterios de valor utilizados para significar los discursos obtenidos y consignados, han sido de especial relevancia las teorías de la enfermera y filósofa Regina Vera Waldow^{300, 301} sobre la noción de cuidado y la autonomía personal, así como la de la filósofa feminista Nancy Fraser³⁰², quien plantea la cuestión del género como un factor clave de la desigualdad social caracterizado por una falta de Reconocimiento, falta de Redistribución y falta de Representación.

IV.4. Bibliografía

-
- 283 Bazón Calvillo Josefa, Martín Vázquez José, Celedonio Rodríguez Carmen. El asociacionismo científico en la Enfermería Comunitaria .En : El Asociacionismo en la enfermería y su influencia en el desarrollo de la profesión.150 años de historia del colegio de enfermeras de Madrid (1982-2012).Ed. Colegio de Enfermeras de Madrid.2013.PP:379
- 284 González Soriano, M.; Risco Otaolaurruchi, C.; Freixas Pascual MJ. Evolución de las publicaciones de Salud Pública y Enfermería comunitaria en seis revistas españolas durante 10 años. *Enferm Clínica* 1997; 7(5):217-255.
- 285 Gálvez Toro A. Producción científica de la enfermería española en Atención Primaria. *Metas de enfermería* 2001; IV (34):24-30.
- 286Ibidem Germán Bes Concha. 2007,PP:383
- 287 Fundación Índex. Base de datos bibliográfica sobre cuidados de salud en Iberoamérica. CUIDEN PLUS. Disponible en: <http://www.index-f.com>. (Consultado el : 13-3-2013)
- 288 Ibidem Germán 2007, PP: 308
- 289 Ibidem Germán 2007, PP: 308
- 290 Ortiz PP75-97 Revista Asclepio monográfico biografías médicas ,una reflexión histoigráfica,2005 ,volLVII.Fascículo I citado por Germán tesis doctoral 2007.PP308
- 291 Sanz ,1997PP37-8 de su tesis Ojos Negros citada por Germán Bes , en su tesis en 2007, PP:308
- 292 Icart María Teresa; Fuentelsaz Carmen; Pulpón Anna M. Elaboración y presentación de un proyecto de investigación y una tesina. (Metodología 1). Barcelona: Universitat de Barcelona; 2001.
- 293 Castillo Edelmira; Vesques Marta L. El rigor metodológico en investigación cualitativa. *Colombia Médica* Vol. 34 Nº 3, 2003.
- 294 Blasco Hernández, Teresa; Otero García. Técnicas conversacionales para la recogida de datos en investigación cualitativa: La entrevista .*Nure Investigación*, nº 33, Marzo - Abril 08.
- 295 Cfnavarra.es [sede Web]. Navarra: Gobierno de Navarra; 2001 [actualizada 26 nov. 2006; citado 14 oct. 2008]. Disponible en: http://www.cfnavarra.es/salud/publicaciones/hrs/mem_2007/marco.html (Consultado 8 de Mayo de 2011).
- 296 Hutchinson S; Wilson H. La investigación y las entrevistas terapéuticas: una perspectiva posestructuralista. En: *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. Ed. Universidad de Antioquia. Colombia, 2003.
- 297 De la Cuesta Benjumea, Carmen. Creación de contextos: trabajo intangible de enfermería comunitaria. *Revista rol de Enfermería* 195 Nov. 1994.
- 298 Souza AIJ, Edran AL. Contribuciones para o conhecimento em enfermagem à luz da fenomenologia da percepção de Merleau-Ponty. *Rev. Gaucha Enferm* 2006 junio; 27(2):166-75.
- 299 Ibidem Taylor SJ: Bojdan R.1986,PP:8
- 300Waldow, Vera Regina. Cuidar expresión Humanizadora .Ed. Palabra Ediciones. México Df. 2008.
- 301 Waldow V.R .Cuidado humano. O rescate necesario. Porto Alegre: Sagra Luzzato; 1998.
- 302 Fraser, Nancy ¿De la redistribución al reconocimiento? Ed. Morata Madrid; 2006

V-Resultados

V-Resultados

V.1. Marco Sanitario Legal y Asociacionismo de la Enfermería Comunitaria 1987-2013

Como ya hemos comentado en apartados anteriores, dado que otros autores han estudiado la época anterior partimos de 1985 hasta la actualidad a la hora de estudiar este punto, el cual finaliza con el reconocimiento y puesta en marcha de la especialidad en 2011.

V.1.1 .Contexto Legal y Socio Sanitario

En plena etapa socialista se puso en marcha la Atención Primaria en 1985. Fue un periodo que inició con una rápida transformación que afectó a todos ámbitos de la sociedad: la población, la familia, la natalidad, el trabajo, la religión, el ocio y la política. España, un país pobre y subdesarrollado, se transformó en una sociedad de consumo que cambió las condiciones de vida y por tanto de la salud. Esta fue una época de cambios legislativos que supusieron un punto de inflexión dentro del contexto social, algunas de las leyes más relevantes fueron:

Ley del Divorcio de 1981. Su aprobación suscitó una airada e indignada respuesta por parte de la jerarquía católica.

Ley de Despenalización parcial del aborto de 1985. El aborto era un delito castigado en el Código Penal sin excepciones hasta 1985. Fue modificada en 2010 de manera que permitió Interrumpir el embarazo voluntariamente dejó de ser un delito despenalizado en algunos supuestos para convertirse en un derecho; en 2014 el ministro Gallardón pretende modificarla de nuevo y volver a los planteamientos de 1985, lo que ha credo una gran respuesta social.

La aprobación de la LODE, que establecía la enseñanza gratuita y obligatoria hasta los dieciséis años, fue otra de las reformas de estos años. Nunca antes se habían alcanzado niveles de escolarización tan altos en la sociedad española.

Otra ley que demuestra que el cambio es profundo es la aprobación en 2004 de la ley contra la violencia contra las mujeres, que no un avance en la lucha contra el machismo, pero todavía hay que hacer grandes esfuerzos para erradicarlo. En 2005 vio la luz la ley que permite el matrimonio de personas del mismo sexo.

Además de las leyes, también cambiaron los hábitos de consumo. Pasamos de una sociedad empobrecida a una sociedad consumista. A todos los hogares llegaron electrodomésticos de necesidad básica, como el frigorífico, lavadora, y otros relacionados con el ocio, como la televisión, videos, aparatos de alta fidelidad, coches. En los noventa llegaron los ordenadores y en el 2000 los teléfonos móviles.

A la par que mejoraron las condiciones de vida mejoró también las de salud de la población .El acceso a los servicios sanitarios de forma gratuita fue un gran logro, posiblemente haya sido, junto con la llegada del agua corriente y el saneamiento a todos los hogares, el factor de desarrollo más importante en toda la historia para la población española. El hecho de que las familias hayan podido destinar los pocos ahorros que han ido consiguiendo en estas tres décadas a mejorar sus condiciones de vida, vivienda, alimentación estudios de los hijos, etc., y no a gastos sanitarios, ha contribuido a alargar la vida obteniendo expectativas medias de más 80 años. El objetivo de la OMS de salud para todos en el año 2000, podemos decir que, en España, casi se cumplió. Ahora bien, estas mejoras en los niveles de salud han dado lugar a una sociedad envejecida, con nuevas y diferentes necesidades de salud. Hoy las principales causas de muerte son los problemas cardiovasculares, las neoplasias y los accidentes en los menores de 20 años. Todas ellas tienen mucho que ver con los estilos de vida, principalmente con la alimentación (con la calidad de los alimentos y con la sobrealimentación), el sedentarismo, el consumo de tabaco, el estrés y los accidentes de tráfico.

En la actualidad, España tiene uno de los niveles de mortalidad general más bajos del mundo (en el caso de las mujeres, únicamente nos adelanta Japón). Se ha conseguido casi doblar la esperanza de vida³⁰³

Tabla 5 -Tasa Natalidad Mortalidad

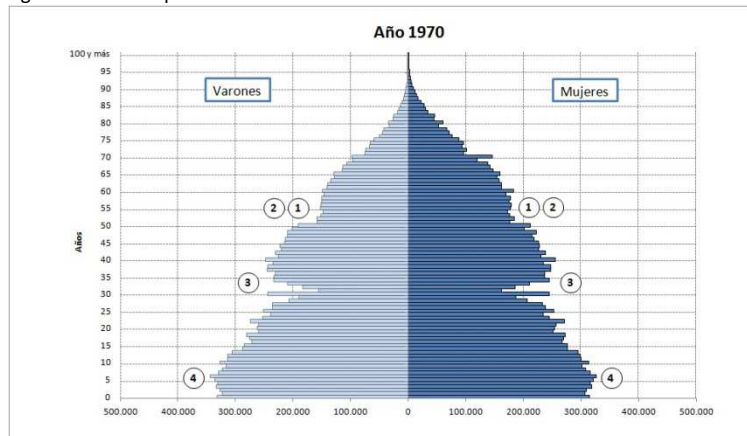
Año	Tasa Natalidad	Tasa Mortalidad
1976	18.85	8.32
1981	14.12	7.77
1986	11.37	8.04
1991	10.15	8.65
1997	9.20	8.85
1998	9.19	9.09
2000	9,96	9,3
2008	11,38	8,47
2009	9,72	9,99
2010	10,91	8,72
2011	10,6	8,8

Fuente: INE 2011

La tabla 5 muestra cómo ha evolucionado nuestra población desde 1970 hasta 2011. Se percibe un cambio que, de contener unos datos típicos de país en vías de desarrollo, a los propios de un país desarrollado.

Pirámide de 1970. La forma de la pirámide combina un descenso en la mortalidad infantil y el inicio del baby-boom con cifras de nacimientos anuales superiores a 650.000 entre 1958-1977. Las huellas de la guerra civil siguen visibles (pérdidas militares y déficit de nacimientos).³⁰⁴ En la figura 2 muestra la pirámide de población de 1970.

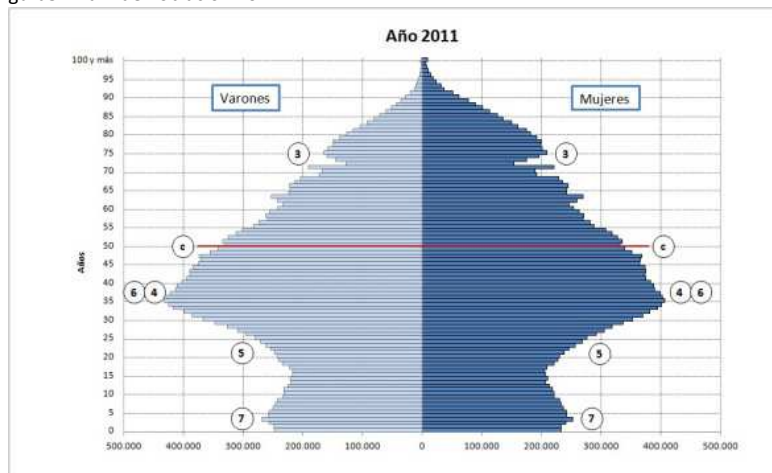
Figura 2-Pirámide población 1970



Fuente. Envejecimiento en Red 2014

En la figura 3, podemos ver que en 2011, la pirámide va desapareciendo, configurándose más bien como una forma de pilar³⁰⁵.

Figura3-Pirámide Población 2011



Fuente. Envejecimiento en Red 2014

Este envejecimiento aumenta la cantidad de prestaciones sociales que deberán dedicarse a este grupo, que será más dependiente, y esto podría tener consecuencias a largo plazo en la financiación de los sistemas de jubilación y sanitarios.

Respecto a la situación de la mujer, a partir de la década de los setenta, empezó a mejorar percibiéndose sobre todo en los ochenta, cuando fue disminuyendo el número de mujeres analfabetas. En la actualidad, por primera vez en toda la historia de España, hay más mujeres que hombres cursando estudios universitarios. Las mujeres cualificadas "técnicas, profesionales, científicas", son el segundo grupo de ocupadas que más han aumentado. La participación de la mujer en los más variados ámbitos sociales, económicos o culturales, ha tenido un avance muy significativo. La mujer hoy tiene libertad para acceder a la formación

igualitaria, puede elegir y dar prioridad a los estudios y al trabajo, elegir como quieren vivir, y muchas deciden vivir solas, sin depender de ningún hombre, o en pareja con otra mujer, pueden decidir si quieren o no tener hijos.

No obstante, todavía no se ha conseguido la plena igualdad con el hombre y, por ejemplo, las tasas de paro femenino siguen superando a las masculinas en todas las cohortes, el trabajo doméstico y el cuidado de los niños y ancianos siguen reposando en la mujer en mayor grado que en el hombre. Este cuidado se estima que: en un 88%^{306,307} es asumido por las mujeres, de forma que hacen una doble o triple jornada.³⁰⁸ Según la socióloga M^a Ángeles Duran³⁰⁹, se calcula que el tiempo medio dedicado los días laborables es de 1.57 horas, según la fuente más restrictiva, y 3.94 según la más exhaustiva, lo que permite estimar el tiempo total dedicado diariamente en una franja entre 2.452.073 horas y 12.518.960 horas/año. Otorgándole un valor modesto de seis euros por hora, en la gama baja del mercado laboral, el coste de sustitución del tiempo no remunerado de ayuda a adultos del propio hogar estaría entre 14.712.438 y 75.113.760 euros diarios. Lo habitual es que las cuidadoras se dediquen esta labor diariamente, durante varios años. Es un trabajo invisible que tiene una gran repercusión en sus vidas que no se suele medir, y que repercute en su salud^{310/311}. Los cuidadores y cuidadoras padecen patologías múltiples, especialmente cansancio, carencia y trastornos del sueño, dolores de espalda y, frecuentemente, depresión; la repercusión en sus relaciones familiares, laborales y sociales. Los costes por tanto son indirectos ya que debería medirse en coste de enfermedad e intangibles por la frustración y/o dolor que originan.

La legislación ha tratado de paliar estas desigualdades, y en las últimas décadas, han entrado en vigor varias leyes como la de la Dependencia en 2006 y otras que, en cierta medida, contribuyen a mejorar la situación³¹² como son la ley contra la violencia machista³¹³ o la de Igualdad de sexos.³¹⁴

La Ley de Autonomía Personal y Dependencia tiene aspectos positivos, como es el reconocimiento que se hace de la contribución de las mujeres al cuidado de las personas en situación de dependencia, es decir, recibir una compensación económica, y que el Gobierno pagara la cotización a la Seguridad Social. Pero, al analizarla con enfoque de género³¹⁵, se vio que podía tener efectos perversos para las mujeres. La prestación económica fue definida como de "carácter excepcional" y no se contemplaron otros tipos de prestaciones económicas para las personas que cuidan, como las que ya existen en otros países de nuestro entorno. A

pesar de todo, la ley supuso dar visibilidad al trabajo del cuidado y dio oportunidad laboral a muchas mujeres. El cuidado empezó a tener valor económico.

A pesar del respaldo legal, todavía se aprecian ciertas barreras sociales que dificultan la completa realización de las mujeres en el triple ámbito familiar, personal y profesional. El sexismo y la violencia permanecen en la sociedad, muchos hombres no aceptan la independencia de las mujeres y los crímenes sexistas son una sangría constante en pleno siglo XXI.

En las últimas décadas, ha emergido con fuerza otro fenómeno que afecta tanto a mujeres como a hombres, incidiendo sobre todo en el colectivo femenino, la asociación de belleza y juventud. Se ha dado una visión negativa de la vejez, a la que, sólo la medicina puede dar solución. La tiranía de la belleza, y la construcción social de lo femenino, exige que las mujeres deban centrar su objetivo de vida en torno a la apariencia, sin que se logre construir a lo largo del proceso de socialización de género la autoestima necesaria para realmente centrar el poder en su cuerpo y en su proyecto de vida³¹⁶.

Esto ha llevado al consumo cada vez mayor de servicios médicos de tecnología de alto costo, y de productos que prometen retardar o eliminar los efectos biológicos del envejecimiento, lo que explica la enorme demanda de la industria cosmética (contra canas y arrugas); la cirugía estética; las vitaminas y los suplementos dietéticos; reparaciones orgánicas de dudoso resultado y de altísimos costes.

En cuanto a la organización del sistema sanitario, el proceso de cambio tuvo muchas dificultades que impidieron que la reforma pudiese desarrollarse tal y como estaba previsto. Las transferencias sanitarias fueron un proceso muy lento que duro hasta 2002³¹⁷. El sistema de gestión que se estableció en las comunidades autónomas fue bastante rígido y, en cierto modo, imitaba al antiguo sistema del INSALUD, en donde, la politización partidista de los cuadros directivos, llegaba hasta los escalafones inferiores de la Administración. La gestión tuvo más marcado carácter político que técnico, como hubiera sido lo deseable. Las ambigüedades conceptuales que tenía el Real Decreto de las nuevas estructura básicas de Salud, permitió a muchos médicos que, desde el principio no estaban a favor de la reforma, hacer cambios en el modelo, consiguiendo de esa forma hacerlo compatible con sus intereses³¹⁸. De tal manera que, poco a poco, se fueron relegando los aspectos preventivos y

de promoción de salud y las funciones asistenciales fueron ganando terreno. La profundidad y la eficacia de las mejoras que se consiguieron fueron gracias al entusiasmo en la gestión y la planificación sanitaria llevada a cabo por los jóvenes profesionales que se habían ido incorporado a los centros en los primeros años de la reforma y que, anteriormente, habían participado en las reformas universitarias y sanitarias. Pero el avance de las políticas neoliberales que se estaban dando en toda Europa, que imponían medidas de restricción de gasto público, y en consecuencia del sanitario, haciéndose evidentes en España en 1991 con el informe Abril, supuso un primer paso de contrarreforma. Dicho informe tenía una serie de propósitos encaminados a estimular la eficiencia de los recursos sanitarios y dotaba de autonomía a los centros en la gestión. En este momento fue cuando se comenzó a hablar del “contrato programa”^{319/320/321}, y de cartera de servicios³²², que reforzaron más el modelo biomédico. De manera que, tanto la asistencia, como la docencia y la investigación se orientaron en este sentido, y se debilitó el modelo de salud. A partir de ese momento el abordaje de la salud y la enfermedad se produjo desde el individualismo (en contraposición a colectividad) que entiende e interviene sobre el organismo humano como una maquinaria biológica que puede ser objeto de reparación, con una orientación fragmentaria que descontextualiza a la persona de su medio social y ecológico.

Las nuevas fórmulas de gestión, en realidad lo que pretendían era privatizar partes importantes de la sanidad, a partir de los mínimos que proporcionara el Estado, que se quedaría con los crónicos y dependientes, mientras que la medicina privada se haría cargo de los procesos cortos y quirúrgicos, en los que obtiene beneficios a partir del cliente privado o del propio servicio de salud público, que se convierte en cliente mediante la fórmula de la concertación. Esta tendencia fue en aumento con los sucesivos gobiernos desde 1996 hasta hoy.

El proceso de privatización de la sanidad pública empezó en comunidades como Cataluña, que puso en práctica diferentes formulas de gestión en Atención Primaria, lo llamaron “entidades de base asociativa”^{323,324}, a las que se les achaca tener ánimo de lucro y contratar menor número de enfermeras³²⁵, modelo que se ha ido extendiendo al resto del país, en comunidades como Andalucía, Valencia o Madrid. Otras experiencias de privatización han sido las de la comunidad valenciana, que ha actuado como prototipo en la cesión de la gestión a un consorcio privado en la aérea de salud de Alcira. Actualmente estas formulas se están

extendiendo a más comunidades autónomas. En Madrid se intenta este proceso y grandes mareas de batas blancas surcan sus calles en forma de protesta. Pero es un fenómeno que sutilmente se está extendiendo a todas las comunidades autónomas, en Aragón, Navarra, La Rioja ya están surgiendo formulas de gestión privada las áreas hospitalarias y de especialidades, (laboratorios, exploraciones radiológicas, unidades de paliativos, hospitalizaciones a domicilio, etc. y poco a poco se prevé que se extienda también a la Atención Primaria.

V.1.2. Innovaciones Enfermeras

La evolución del trabajo de las enfermeras en estos años ha tenido luces y sombras. Se han conseguido avances muy significativos tanto en lo que respecta a avances profesionales como de resultados de salud en la población pero, a pesar de todo, el trabajo de las enfermeras ha sido muy cuestionado. Las mayores críticas fueron porque algunos consideraban que había una “indefinición del rol profesional de la enfermera” y, esto generó discrepancias entre los profesionales, “los médicos pensaban que los enfermeros no se corresponsabilizan con las cargas de trabajo de los centros de salud, y las enfermeras que los médicos no querían compartir tareas, sino delegar u ordenarlas”^{326,327}. Estos problemas, seguramente, se debieron a que los indicadores empleados en la medición de resultados no son sensibles a la práctica enfermera^{328,329} y no hacen visible las acciones de cuidado.

Además, han habido otros factores: en primer lugar hubo problemas conceptuales, hubo una falta de comprensión integral del enfoque de la atención primaria de salud, cuya filosofía estaba impregnada de “justicia social e igualdad, y auto responsabilidad por la propia salud, la solidaridad y aceptando un concepto amplio de salud”.³³⁰ Por otra parte, este planteamiento enfrentaba a los diferentes niveles asistenciales (primarios y especializados), a los diferentes grupos profesionales (especialistas y generalistas) y médicos con enfermeras. Los médicos lo vieron como un elemento de intrusismo profesional y una clara injerencia en sus competencias. En segundo lugar hubo falta de decisión política para implantar el modelo, que permitió que en el reparto de tareas en la organización de los equipos, el trabajo de las enfermeras y de otros miembros del equipo fuera entendido como un dispositivo de apoyo a las demandas de los médicos y no a la población. Nosotros consideramos que, además, en

estas relaciones conflictivas, también había una solapada discriminación por cuestión de género, el cuidado tradicionalmente ha sido ligado a la mujer y está asociado a sentimiento de vocación y altruismo, por lo tanto, sin valor económico, por lo que se convierte en invisible³³¹. Por eso, en las Enfermeras Comunitarias, como en otras profesiones de mayoría de mujeres, parece que se ha producido la misma minusvaloración con relación a su trabajo. A pesar de estas dificultades, el trabajo de las Enfermeras Comunitarias ha ido evolucionando en las diferentes áreas previstas en la reforma: Consulta de Enfermería, Atención a Domicilio y Actividades Comunitarias y Servicios Comunes.

La Consulta de Enfermería, se creó con el objetivo de mejorar la Atención Primaria y posteriormente potenciarse la proyección comunitaria. Se planteó como actividad de encuentro entre el usuario y/o la familia con la enfermera en el centro sanitario, para ayudar al usuario al cumplimiento de los objetivos establecidos; para la resolución de sus problemas de salud (preventivos, asistenciales, de reinserción, etc.) con una atención individualizada. Prestando atención fundamentalmente a enfermedades crónicas y materno-infantiles, pero también de consejo y detección temprana de enfermedades.

El acceso a la consulta podía ser Espontánea (si es el propio usuario quien decide acudir). Derivada (si se cita por indicación de otro profesional). Concertada (si se cita porque la enfermera se lo indica) y Programada (si acude por el cumplimiento de un programa o protocolo de atención).

Para desarrollar este trabajo era fundamental el trabajo en equipo y esto, en algunos centros, nunca llegó a generalizarse. En los que había mayoría de profesionales con nuevas ideas, resulto más fácil, pero en otros, durante años tuvieron que convivir médicos y enfermeras de ideas reformadoras con médicos y ATS resistentes al cambio.

También hubo diferencias entre las propias enfermeras, dada su distinta procedencia (ambulatorios, funcionarios, hospitales), formación, experiencias y expectativas con relación al papel que debían de desarrollar. El enfoque no solo era novedoso para los ATS, cuya preparación previa no tenía nada que ver con estos nuevos planteamientos, a pesar de que, para solventarlo, se les dio nueva formación en la que se impartieron temas de Educación para la Salud; Metodología Enfermera; Historia Clínica; Atención al Anciano, al Niño Sano; Vacunaciones etc. Para las nuevas diplomadas, al principio, a pesar de las modificaciones que

se hicieron en los planes de estudios, la formación siguió siendo eminentemente biologicista, curativa y asistencial y, en definitiva, todavía también insuficiente para la Atención Primaria de Salud³³².

Todos estos factores contribuyeron a que la prevención se entendiese como prevención secundaria, centrada en el control de patologías crónicas, en una organización de trabajo basada en protocolos centrados en la enfermedad. En realidad, fue un sometimiento de la enfermería a la medicina, que le impidió comprender que contiene elementos propios sobre los que construirse. Si a estos problemas se añade la medicalización de la vida y la mayor autoridad que la sociedad otorga a intervenciones que requieren tecnología más compleja, podemos entender que, muchas enfermeras y enfermeros se inclinaron por imitar el modelo médico asistencial, porque esto les suponía garantía de prestigio profesional. También puede ser esta una de las razones por la que muchos usuarios siguieron identificando la figura de la enfermera con aspectos técnicos y ligada a la figura del médico^{333,334}.

La poca visibilidad del trabajo de las Enfermeras Comunitarias se ha debido también a que resulta difícil traducir en palabras muchas de sus acciones. Buena parte del trabajo de la enfermera se centra en potenciar los recursos interiores de las personas (cuidado integral), mientras que los sistemas de registros están diseñados y pensados en el modelo biomédico y no en el del cuidado y, por lo tanto, es necesario recurrir a un nuevo lenguaje para que sus acciones queden reflejadas.

Entre las enfermeras académicas y de gestión, como solución a esta invisibilidad, se extendió la idea de utilizar un lenguaje común. Se planteó la aplicación de nuevos modelos, teorías y del proceso enfermero que habían llegado España desde el mundo Anglosajón, sobre todo de Estados Unidos, y que se estaban difundiendo a nivel internacional. Se comenzó a potenciar el uso de los lenguajes estandarizados, las taxonomías de la North American Nursing (NANDA),³³⁵ la Nursing Interventions Classification (NIC)³³⁶ y el Nursing Outcomes Classification (NOC).³³⁷ En la mayoría de las comunidades autónomas, se hizo un gran esfuerzo de formación en Metodología Enfermera, con sesiones formativas y grupos de trabajo^{338,339}. Asimilar estos lenguajes, fue inicialmente complicado, porque eran enfoques provenientes de un contexto cultural muy diferente, que seguía teniendo un enfoque positivista, biomédico, con normativas reduccionistas, más que guías para el enriquecimiento de la práctica, y en realidad se alejaba de la concepción holística del cuidado³⁴⁰.

A pesar de las críticas y de las dificultades, los resultados de estudios realizados demuestran cuál ha sido la aportación a la mejora de la salud de la población de los cuidados de enfermería, un ejemplo es la disminución de úlceras por pie diabético, o el tratamiento, seguimiento y curación de las úlceras por presión³⁴¹, que antes terminaban en el hospital y que hoy se llegan a curar sin moverse de su casa. Lo que demuestra que, la atención de enfermería, ayuda a mejorar la salud de los pacientes crónicos³⁴². Hay estudios que avalan estos datos y dicen que, cuando se hace “una gestión compartida de la demanda asistencial” entre médicos y enfermeras, las enfermeras de atención primaria obtienen resultados similares a los de los médicos en la atención a los pacientes crónicos (diabéticos, hipertensos o asmáticos) y ofrecen un servicio efectivo y satisfactorio a los pacientes que solicitan consulta a demanda por enfermedades leves en los centros^{343,344,345}.

Hacer frente a la creciente demanda asistencial, que es uno de los grandes retos actuales de los equipos de gestión³⁴⁶. Desde algunas administraciones se vuelve a potenciar la Consulta de Enfermería, otorgándoles mayores competencias a las enfermeras. En el año 2001, el Servicio Andaluz de Salud planteo por primera vez “la gestión compartida de la demanda” en los Contratos Programa de sus Distritos de Atención Primaria. Este es un planteamiento controvertido con el que no terminan de estar de acuerdo ni, algunos médicos, que ven en ello un peligro de intromisión³⁴⁷, ni algunos pacientes, ni muchas enfermeras que, sin estar totalmente en contra, consideran que hay que perfilar muy bien los protocolos y preparar a quienes los vayan a realizar³⁴⁸. Otras en cambio opinan que estos son de gran ayuda en la resolución de problemas, y su eficacia mejora cuando adquiere más experiencia³⁴⁹. Lo cierto es que cada vez son más las comunidades que están adoptando este modelo, Navarra es un ejemplo de ello.³⁵⁰ (Este tema lo abordaremos de nuevo en los apartados siguientes de los resultados, en la producción científica y en el relato de los informantes).

Por otra parte a las enfermeras se les ha autorizado recientemente a prescribir distintos productos farmacéuticos, se contemplan tres variantes: la prescripción independiente; tratamiento de continuación de patologías crónicas; y prescripción mediante protocolo³⁵¹. La primera comunidad en implantarlo ha sido Andalucía³⁵² a pesar de los recursos presentados por el Colegio de Médicos, el tribunal de Superior de Justicia de Andalucía lo desestimó³⁵³ y hoy la prescripción es una realidad aunque todavía no se ha extendido a todas las comunidades.

La Atención Domiciliaria

En cuanto a la Atención Domiciliaria, esta se planteó como equivalente a la Consulta de Enfermería pero se realizada en el domicilio del paciente, aplicando criterios de riesgo epidemiológico socio-sanitario. Lo que permitía detectar, valorar, apoyar y controlar los problemas de salud del grupo familiar, potenciando la autonomía y mejorando la calidad de vida del mismo. Estaba dirigida especialmente a pacientes y ancianos terminales y con gran dependencia de cuidados, también para la atención puerperal, recién nacidos etc. Servía de enlace con otros servicios sociales y sanitarios.

Los cuidados de salud en el domicilio permitió una atención integral: cuando un miembro enferma, también se altera todo el grupo familiar. Por lo tanto, además de atender al enfermo, en la visita domiciliaria se debía de tener en cuenta a toda la familia. Además, se entendía que era en el domicilio donde mejor se puede observar los estilos de vida y el funcionamiento familiar, los recursos y las estrategias necesarias para afrontar la situación de crisis; lo cual facilita la labor de la Enfermera para el trabajo con la familia.

En estos años, el número de visitas a domicilio ha aumentado con relación a las que se hacían al principio de la reforma. Los estudios dicen que las visitas tuvieron una media de 3'2 visitas/día (DE: 1'59), de las cuales el 81,7 %: fueron generadas desde Atención Primaria y el 18,3% fueron derivadas desde Atención Especializada. Las actividades realizadas fueron: VD programada, (como servicio de la cartera); curas; extracciones venosas; tratamientos parenterales y urgencias; VD al alta y controles de tratamientos con anticoagulantes³⁵⁴. Además de las actividades mencionadas en la visita a domicilio, se realiza Educación para la Salud al paciente y su familia, Atención de Urgencia y sobre todo apoyo a los cuidadores.

El aumento de la VD se ha debido sobre todo al aumento de la esperanza de vida, que ha hecho a su vez aumentar el número de personas con problemas de salud crónicos y de personas dependientes recluidas en el domicilio, y a las políticas de ajustes presupuestarios que obligan a acortar la estancia en el hospital y que desplazan el cuidado al domicilio.

Desde el principio, las enfermeras, cuando hacían la visita domiciliaria, se percataron de que las familias asumían una gran carga en la prestación de cuidados, y empezaron a llamar la atención de este hecho, al ver que la situación de las cuidadoras era muy preocupante. Se empezó a trabajar con ellas, intentaban darles apoyo emocional y consejos de cómo podían

hacer para cuidar mejor a sus familiares. Empezó a gestarse lo que más tarde sería la figura de la Enfermera Gestora de Casos (enfermera de enlace)^{355,356}, tomando como modelo a países como Dinamarca y Holanda, aunque las primeras habían aparecido por primera vez en el Reino Unido. En España, las primeras experiencias surgieron en el año 1999 en Canarias, y a nivel local en Cataluña.

La Enfermera Gestora de Casos

En 2002, en Andalucía, un informe técnico propuso como Estrategias de mejora de la Atención Primaria^{357,358} dar un impulso a la atención domiciliaria, y que el peso de la organización recayese en una enfermera gestora de casos. El Decreto 137/ 2002 de Apoyo a las Familias Andaluzas³⁵⁹ le dio cobertura legal a esta reforma. Actualmente, en Andalucía existen alrededor de 295 para los 371 centros de salud³⁶⁰. Y el modelo tímidamente se extiende a otras comunidades.

La misión de esta nueva figura consiste en velar para que el paciente/familia alcancen los objetivos terapéuticos previstos en su trayectoria clínica, identificando y movilizando los recursos necesarios, facilitando la intervención de los diferentes profesionales y servicios y coordinando sus actuaciones hacia los mejores resultados. Realiza captación activa de su población diana; valoración integral individualizada; planificación asistencial e identificación de recursos; enlace de paciente con los servicios necesitados; implementación y coordinación del servicio; monitorización del servicio prestado y abogar por el paciente³⁶¹. En otras comunidades, esta labor de coordinación, la realizan en parte los trabajadores sociales y, algunos de estos, están en contra de este modelo porque consideran que es intrusismo profesional³⁶². Las Enfermeras de gestoras de casos abordan además de temas de fomento de hábitos saludables en la población, como por ejemplo alimentación y otros³⁶³, la valoración de la evolución clínica de estos pacientes.

Realizan educación a cuidadoras, lo que facilita la curación de las escaras en los pacientes inmovilizados, con lo se mejora su propia calidad de vida y la de los enfermos³⁶⁴. Realizan la prescripción de absorbentes, logrando una mejora de la calidad de vida de los pacientes incontinentes, así como una reducción en el coste de la prestación^{365,366}. También realizan visitas a residencias, y hacen entrega de consejos a seguir. Activan servicios sanitarios según

situación clínica, y se encargan de la formación continuada al resto del personal de enfermería en su unidad de gestión clínica^{367, 368}.

En los últimos años que lleva desarrollándose, las enfermeras de enlace han sido capaces de publicar un considerable número de trabajos que avalan su labor, por ejemplo, han publicado manuales sobre la Gestión de Casos^{369, 370} y varios informes técnicos sobre: "Continuidad de cuidados entre atención primaria y atención especializada"³⁷¹ y han elaborado el censo de pacientes, según una escala de riesgo: 3, 2, 1.

La Enfermera de enlace trabaja en coordinación con la enfermera de enlace hospitalaria, también de nueva creación y que todavía se ha implantado en pocas comunidades, las pioneras son: Andalucía, Cataluña y Aragón. Su principal objetivo es planificar el alta^{372,373} de casos muy complejos que necesitan muchos cuidados, se trata sobre todo de apoyar a las cuidadoras de la familia y mejorar la continuidad de los cuidados³⁷⁴, que es prioritario para mejorar la calidad de la asistencia. (Al igual que la gestión compartida de la demanda retomaremos este tema en los siguientes apartados es de los resultados, en la producción científica y en el relato de los informantes).

El decreto andaluz de Ayuda a las Familias, sirvió de inspiración al gobierno socialista para poner en marcha una ley de apoyo a las cuidadoras, la controvertida Ley de Dependencia³⁷⁵, que supuso un gran avance, porque reconocía la labor de las mujeres cuidadoras.

La atención a domicilio es un tema en auge, no solo para las enfermeras comunitarias que, como hemos visto, han desarrollado mucho esta actividad, sino también desde el nivel terciario están apareciendo otras opciones como son las unidades de hospitalización a domicilio^{376,377} y las unidades de cuidados paliativos a domicilio, unas veces en coordinación con AP y otras no. Lo que nos indica que la visita domiciliaria tiene un amplio margen de desarrollo, bien desde la atención primaria o desde otros ámbitos dependiendo de la orientación que se den en la gestión.

En cuanto al trabajo con la comunidad, que fue planteado para prestar atención a grupos de población, centrado en promoción de la salud y educación sanitaria, vigilancia del medio y participación comunitaria, es el que menor grado de desarrollo ha alcanzado. La promoción de salud apenas se ha desarrollado, se han obviado los aspectos medioambientales y los condicionantes sociales como factores coadyuvantes a la enfermedad. Esta actividad se dejó a

la voluntad de los profesionales, sin directriz ni respaldo por parte de la administración, daba igual que se hiciese o no y apenas si contaba en la cartera de servicios (CSAP), todo ello contribuyó a que la motivación de los profesionales para realizar estos trabajos haya decaído, desarrollando más la prevención secundaria. Pero, a pesar de todo, las enfermeras han intentado trabajar con la comunidad, y no son pocas las experiencias que dan fe de ello, se trabaja con escolares, con grupos de riesgo, mujeres etc.

Por último, en el apartado de los servicios comunes, se incluían la administración de inyectables y curas, métodos diagnósticos o toma de muestras, tanto en el centro como a domicilio, es el que más ha crecido puesto que cada vez son más las técnicas, que antes eran de carácter exclusivamente hospitalario, que se realizan en el Centro de Salud e incluso en el domicilio del paciente, ya que la idea es acercar los servicios al ciudadano.

Diversas formas de organizar la atención

La forma de organizar la actividad asistencial fue cambiando. En la actualidad nos encontramos con diferentes modelos organizativos en los centros, siendo los más habituales tres: por actividades, por Unidades de Atención Familiar (UAF) y sectorizados³⁷⁸. 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, a la par que una 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. Este 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. La enfermería por familias 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.

El modelo de sectorización nació 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 un mayor esfuerzo profesional y necesidad de actualización; difícil organización de las actividades; y dificultad en la coordinación de médicos y enfermeras³⁷⁹

V.1.3. La Especialización

Los antecedentes de especialización en Enfermería Comunitaria, como ya vimos en el capítulo anterior, se remontan a la formación que recibían las Enfermeras Visitadoras^{380,381} en los años 30 del siglo XX. En aquellos años ya reconocieron la importancia de que hubiese enfermeras con alto nivel de formación trabajando en la comunidad. Tendrían que pasar 50 años hasta que en 1987, se publicara el primer decreto de especialidades³⁸². En aquel momento, se determinó que las especialidades de enfermería fueran siete, entre ellas Enfermería de Salud Familiar y Comunitaria. Se propuso la existencia de una Comisión Nacional por cada Especialidad y un Consejo Nacional de Especialidades formado por los Presidentes de las Comisiones Nacionales de cada Especialidad y cuatro vocales, dos del Ministerio de Sanidad y dos del Ministerio de Educación.

En las Disposiciones Transitorias para la obtención del título de enfermera-o especialista se proponía un método para el reconocimiento de las y los profesionales “Diplomados en Enfermería y Ayudantes Técnicos Sanitarios con experiencia”, es decir, que hubieran ejercido la profesión con carácter especializado durante cuatro años en los últimos diez, deberían superar una prueba que consistiría en un trabajo de investigación sobre la correspondiente Especialidad o haber realizado una prueba sobre los programas de la Especialidad respectiva”.

El decreto autorizaba al Ministerio de Educación, previo informe del Ministerio de Sanidad, a establecer, de forma provisional, los programas de formación de cada una de las especialidades; y a establecer las medidas necesarias para su implantación. Se propuso que ambos Ministerios constituyesen un Comité Asesor de Especialidades, en el que estuvieran representados el Consejo General de Colegios de Enfermería, las Asociaciones Científicas y el profesorado de las Escuelas Universitarias de Enfermería.

En 1988, se constituyó el Comité Asesor de Especialidades de Enfermería (CAEE) y en 1989 se elaboraron los programas de formación (excepto el de cuidados especiales). Sin embargo, no hubo medidas políticas para su desarrollo e implantación, por lo que no hubo apenas avances. En 1992, las presiones de la Unión Europea provocaron que se desarrollase la especialidad de Matrona, y en 1998, por las mismas razones, la de Salud Mental. De nuevo se produjo una pausa hasta que, el 13 de febrero de 2001, se firmó, no sin dificultades, el Acuerdo Marco de colaboración entre la Ministra de Sanidad y Consumo y el Presidente del Consejo General de Enfermería.

En el 2001 se constituyó la Federación Española de Asociaciones Científicas de Enfermería (FESCE), para debatir y asesorar a la Comisión Paritaria de Seguimiento del Acuerdo Marco y al Comité Asesor de Especialidades, en temas relacionados con la profesión y, fundamentalmente, con el desarrollo de las especialidades. Comprometiéndose a proponer y a aportar los informes que justifiquen la necesidad y prioridad de su desarrollo.

El mismo año, 2001, se presentó la memoria justificativa para el desarrollo de la especialidad de Salud Comunitaria. La memoria fue elaborada por la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC), que en aquel momento estaba integrada en la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria (FAECAP). La comisión de trabajo estuvo compuesta por los profesionales enfermeros: Adolfo Guirao, Gonzalo Duarte, Jorge Mínguez, Antonio Galindo, Antonio Frías, Lucía Mazarrasa y Manuel Maña; su informe, que consta de 39 páginas^{383,384}, justificaba la creación de la Especialidad de Enfermería Comunitaria.

El informe propuesto para la especialidad se basaba en el documento de salud 21 de la OMS de 1999, que planteaba la necesidad de disponer en Atención Primaria de una enfermera con suficiente formación para hacer frente a las nuevas necesidades de la población. Tomaba como referencia los sistemas sanitarios sueco y británico, que disponen de Enfermera Gestoras

de Casos, que gestionan la asistencia y hacen de filtro para determinadas patologías de problemas crónicos ante las consultas médicas a la par que ejercen de bisagra con los servicios sociales.

La base para la justificación de la especialidad se fundamentaba en los cambios socio-demográficos que se esperaban en un tiempo no muy lejano. El crecimiento de la esperanza de vida; con un nuevo modelo epidemiológico; con predominio de las enfermedades de carácter crónico; y otros problemas de salud emergentes, como los relacionados con los malos tratos y los que conllevan el desarraigo y rechazo de la población inmigrante sin recursos. Uno de sus planteamientos centrales es que, para resolver un problema de salud, es fundamental estudiarlo en el medio en que se ha desarrollado y su evolución en el tiempo. De manera que se puedan estudiar los factores determinantes o las causas, interpretar los síntomas y signos o lograr el seguimiento de un tratamiento, así como el aprendizaje de un correcto autocuidado.

Recogían también la tendencia de los servicios sanitarios a que la mayor parte de los problemas de salud sean resueltos en el ámbito comunitario, que según la evidencia científica, resulta más económico, y tiene, como consecuencia, un mayor desplazamiento de los servicios del hospital a domicilio. Así son las tendencias y el ejemplo de otros países como Suecia e Inglaterra, en los que los dos ejes estratégicos que están dando mejores resultados son, por un lado, hacer de la atención primaria en el centro del sistema sanitario y, por otro, desarrollar los sistemas integrados de salud.

Por ello, en el documento, se recogía la política de gestión de los costes de la atención. Planteaban La Atención Domiciliaria como medida eficaz y como prioridad del Sistema Sanitario para hacer frente al vertiginoso crecimiento de la demanda de atención de las personas dependientes en los próximos años, así como la necesidad que se plantea de coordinar los cuidados en los pacientes de alto coste, que requieren muchos cuidados y por ende gran consumo de recursos.

También recogían la necesidad de un cambio de paradigma basado en una visión más holística y participativa, frente a un elevado coste de la biomedicina y el hospital-centrismo, que había generado un crítico predominio de la biomedicina y ciertas críticas bioéticas sobre el encarnizamiento terapéutico³⁸⁵. El nuevo paradigma, que en gran parte suponía la recuperación de las propuestas de la Atención Primaria de Alma Ata de 1978, requería de un

mayor número de Enfermeras Comunitarias especializadas. Un aumento de intervenciones de promoción y de prevención de la salud en el ámbito tanto de los Centros de Salud, los domicilios, las fábricas, los lugares de ocio y de otras instituciones. Un sistema de salud en el que la población adquiriera un estilo de vida saludable que contribuya a mejorar su calidad de vida y a la vez reducir los gastos que suponen los altos costes de los tratamientos.

Por todas estas cuestiones, veían necesaria tanto para la Sociedad como para el Sistema Sanitario, desarrollar la Especialidad de Enfermería de Salud Comunitaria, ello permitirá: abordar con más calidad los programas de promoción y prevención de salud, la atención integral a ancianos, dependientes y cuidadores; se podrá dar una mayor calidad en la atención, la diferencia, por ejemplo, a la población inmigrante. En definitiva las especialistas estarán preparadas para cuidar de las necesidades de la población más vulnerable.

El 5 de julio de 2001, tuvo lugar la primera reunión entre el Consejo General y la FESCE, para crear un canal de asesoramiento a la Comisión Paritaria de Seguimiento del Acuerdo Marco constituido por el Subsecretario de Sanidad, el Director General de Recursos Humanos del Ministerio de Sanidad y el Presidente y Vicepresidenta del Consejo General de Enfermería. En este mismo año se creó el Comité de Expertos para elaborar la propuesta del programa formativo para cada especialidad, su composición fue la siguiente :por el Ministerio de Salud y Consumo: M^a Antonia Campo i Osaba y Rosa Arnal Selfa; por Ministerio de Educación, Ciencia y Deporte: Julio Fernández Garrido y Petri Rogero Anaya; por el Consejo General de Enfermería: Alfonso Antonia Rodríguez y Teresa Icart Isem; por la FAECAP: Ángel Abad Basols; La coordinación del Grupo corrió a cargo de Myriam Ovalle, Vicepresidenta del Comité Asesor de Especialidades³⁸⁶.

En 2003, el 21 de noviembre, entró en vigor de la Ley 44/2003³⁸⁷ de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, que en su título II abordaba una nueva regulación de las especialidades en Ciencias de la Salud, incluyendo las de Enfermería. El 16 diciembre se publicó la Ley 55/2003 Estatuto Marco del Personal de los Servicios de Salud³⁸⁸, pendiente desde la Ley General de Sanidad de 1986, que en su artículo 84, estableció que un estatuto marco regularía la normativa básica aplicable al personal estatutario en todos los servicios de salud, normas básicas específicas y diferenciadas de las generales de los funcionarios públicos. La adecuación del estatuto marco a los peculiares principios organizativos del Sistema Nacional de Salud

merece ser resaltado por cuanto constituye una de las piezas angulares de la nueva regulación del personal. La inminente puesta en marcha de las especialidades de 2004, se vio aplazada una vez más, en este caso, por el cambio de signo político del gobierno, finalizó legislatura el gobierno conservador del Partido Popular, con Aznar como Presidente y la inició el Partido Socialista de Rodríguez Zapatero, que finalmente dio paso a la publicación del Real Decreto de Especialidades de Enfermería en el año 2005³⁸⁹.

El nuevo decreto establecía un sistema de especialización que aspiraba a estar dentro del modelo del Espacio Europeo de Educación Superior, surgido de la Declaración de Bolonia, con un catálogo de especialidades que pretendía responder al objetivo de proporcionar una mejor atención sanitaria a los ciudadanos, considerando las aspiraciones de desarrollo profesional y de libre movilidad en el Sistema Nacional de Salud. Entre las especialidades que se ofertaban, aparecía, por primera vez, la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria³⁹⁰, regulándose el acceso a la formación de especialidades, la convalidación de especialidades anteriores y el acceso excepcional al título de Especialista para aquellos profesionales que tuvieran experiencia profesional en el sistema sanitario.

El decreto, en su Art. 2, establecía siete especialidades de enfermería:

- Enfermería Obstétrica Ginecológica –Matrona
- Enfermería de Salud mental
- Enfermería Geriátrica
- Enfermería del Trabajo
- Enfermería de Cuidados Médico-Quirúrgicos
- Enfermería Familiar y Comunitaria
- Enfermería Pediátrica

Las justificaciones para el nuevo decreto eran semejantes a las recogidas en propuestas anteriores: la evolución de los conocimientos científicos, junto con los nuevos patrones epidemiológicos, los nuevos medios técnicos y las nuevas necesidades de cuidados de la población, lo que hizo necesario revisar Real Decreto 992/1987.

Se regulaba de nuevo la obtención del título de Enfermero Especialista. De forma sintética decía:

“En su artículo 1 dice que el título de especialista será necesario para ejercer la profesión con tal carácter y para ocupar puestos de trabajo con tal denominación en centros y establecimientos públicos y privados.

Se requerirá ser diplomado en enfermería, haber realizado íntegramente la formación en la especialidad correspondiente, con arreglo a lo establecido en este Real Decreto y haber superado las evaluaciones que se establezcan. Finalmente haber depositado los derechos de expedición del correspondiente título”.

En el punto 3 del apartado 1, llama la atención que dice: “La existencia del título de Enfermero Especialista no afectará a las facultades profesionales que asisten a los Diplomados Universitarios de Enfermería como enfermeros responsables de cuidados generales, ni a su acceso a actividades formativas, a su carrera o desarrollo profesional, ni al desempeño de puestos de trabajo que no tengan la denominación de Especialista”. Párrafo que entra en franca oposición a la argumentación formativa requerida, ya que al no establecer el requisito de la especialidad en la práctica profesional lo deja vacío de contenido. Podemos interpretarlo como una falta de compromiso a instaurar una especialidad que debe aumentar competencias y costes económicos, en un momento previo a la crisis económica actual. El legislador debería haberlo hecho explícito, así como la progresiva implantación en función de los recursos disponibles y no entrar en tan fragante contradicción.

En el artículo 3 decía que la Formación del enfermero especialista, se realizará, en los términos previstos en el artículo 20.2 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, por el sistema de residencia en unidades docentes acreditadas para la formación especializada.

En el artículo 4, se especificaba el acceso a la formación en especialidades de Enfermería, el cual debería ser a través de una prueba única y anual de carácter estatal. La convocatoria de la prueba selectiva se efectuará por el Ministro de Sanidad y Consumo y se publicará en el «Boletín Oficial del Estado».

En el artículo 5, hablaba de que la oferta anual de plazas debería fijarse conforme a lo previsto en el apartado 5 del artículo 22 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.

El artículo 6, abordaba la acreditación de unidades docentes que, al igual que en el anterior de 1987, recaía en la creación de unidades conjuntas entre Educación y Sanidad. Serán los Ministerios de Educación y Ciencia y de Sanidad y Consumo, a propuesta de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, previo informe del Foro Profesional, los que establezcan conjuntamente, mediante orden que se publicará en el «Boletín Oficial del Estado», los requisitos que deberán reunir las unidades docentes para su acreditación.

Los requisitos de acreditación especificaban las escuelas de Enfermería y los dispositivos docentes y asistenciales que debían conformar, como mínimo, la unidad docente, así como los requisitos de coordinación y financiación que, en el caso de que tales dispositivos dependan de diferentes Administraciones u Organismos, deberán articularse para su adecuada gestión.

La Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud coordinará las auditorías, informes y propuestas necesarios para acreditar las unidades docentes y será el Ministerio de Sanidad y Consumo, el que resolverá sobre las solicitudes de acreditación de unidades docentes.

El artículo 7, trata los Programas de Formación. Estos deberán especificar los objetivos cuantitativos, los cualitativos y las competencias profesionales que ha de adquirir el aspirante al título y determinarán la duración de la formación. Será elaborado por la comisión nacional correspondiente.

Finalmente con los artículos 8 sobre las Comisiones nacionales de especialidad, el 9 sobre la Comisión delegada de Enfermería del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud y la Disposición adicional segunda, por la que quedan en Supresión las especialidades anteriores, finaliza el articulado legal.

El desarrollo del decreto estuvo estancado otros dos años, hasta que por fin el 28 de febrero de 2007 quedó constituida la Comisión de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria, con representantes, entre otros, del Consejo de Enfermeras, Asociaciones Profesionales y Recursos Humanos de las CCAA. La Comisión Nacional, según el Real Decreto, es la responsable de la confección del programa de formación de cada especialidad, que debe

actuar como órgano asesor de los Ministerios de Educación y Ciencia y de Sanidad y Consumo. Concretamente, el Real Decreto dice que será esta comisión la que elaborará y propondrá los programas de formación y su duración; establecerá los criterios de evaluación de las unidades docentes; y los criterios de evaluación de los especialistas en formación³⁹¹.

La comisión de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria estuvo formada, por parte del Ministerio Educación: María José Benavente Sanguino, Loreto Maciá Soler; por RRHH(comisión de Recursos Humanos del Sistema nacional de salud): Cristina Amelia Hederle (presidente), Francisco Javier Navarro Moya, Enrique Oltra Rodríguez (vicepresidente), María Dolores Sánchez López; por las Sociedades Científicas: Manuel López Morales José R. Martínez Riera; y por Consejo General de Enfermería: Fidel Rodríguez. La revista de Enfermería Facultativa, editada por el Consejo General de Enfermería, en su número de abril de aquel mismo año anunciaba, con gran titular, que: “Por fin hay comisiones nacionales de especialidades”³⁹².

Ese mismo año, en octubre, se publicó otro decreto que establecía la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales³⁹³. En la Disposición Adicional Décima abordaba los Títulos de Especialistas en Ciencias de la Salud especificando:

“Los títulos universitarios a los que se refiere el presente real decreto “no podrán inducir a confusión ni coincidir en su denominación y contenidos con los de los especialistas en ciencias de la salud regulados en el capítulo III de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Las universidades determinarán, en función de la formación investigadora que acredite cada uno de los especialistas en ciencias de la salud de los contemplados en el apartado anterior, la formación adicional que en su caso hayan de cursar para presentación y defensa de la tesis doctoral”.

Con ello quedaba claro que la formación especializada se diferenciada de la formación académica, ahora bien, se pueden establecer vínculos entre la formación especializada y la académica, pero no viceversa.

V.1.4. Segundo Ciclo: Máster y Especialidades.

La Declaración de Bolonia (1999), firmada por los ministros responsables de educación superior de 29 países europeos, marcó un hito en el desarrollo del denominado Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), desarrollo que se inició en 1998 con la Declaración de la Sorbona, en la que cuatro países de los más representativos de la vieja Europa (Alemania, Francia, Reino Unido e Italia) plantearon objetivos que se han ido desarrollando hasta el momento actual³⁹⁴.

Los objetivos para establecer el EEES son: 1. Un sistema fácil y comparable de titulaciones. 2. Adoptar un sistema basado en dos ciclos (Grado y Postgrado). 3. Sistema de créditos (ECTS = European Credit Transfer System). 4. Eliminar barreras y promover la movilidad de estudiantes y profesores (Proyecto Sócrates y Erasmus). 5. Promocionar la cooperación usando criterios y metodologías comparables.

España se fue adaptando a este proceso a través de propuestas recogidas por la Ley Orgánica de Universidades (LOU)³⁹⁵. En especial, fueron decisivas las medidas adaptadas sobre el sistema europeo de créditos³⁹⁶, la estructura de las titulaciones³⁹⁷, el Suplemento Europeo al Título³⁹⁸, la garantía de la calidad³⁹⁹, y la regulación sobre las nuevas titulaciones⁴⁰⁰.

Enfermería se incorporó y contribuyó a todo el proceso a través del proyecto Tuning^{401/402}, y a través del Libro Blanco de la Enfermería⁴⁰³. A estos cambios académicos se unió la regulación que la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS)⁴⁰⁴ refiere para la Enfermería, propiciar un cambio relevante en el modelo de atención sanitaria español.

En 2008 se reguló la Orden CIN/2134/2008405 que recogió el nuevo plan de estudios de Graduado en Enfermería. Una titulación que, a lo largo de 4 años, contiene 240 créditos europeos European Credit Transference System (ECTS). Titulación que capacita para el ejercicio de la formación de enfermero generalista.

El segundo ciclo gira en torno al máster y la especialización. Es importante distinguir entre los Máster Universitarios de carácter oficial que dan acceso al doctorado y los Profesionales que no dan acceso al doctorado. Son numerosas las universidades españolas que imparten enseñanzas de posgrado a través del máster, con una triple finalidad, la adquisición por el

estudiante de una formación avanzada; la formación orientada a la especialización académica o profesional, o a promover la iniciación en tareas investigadoras; y el acceso a tesis doctoral. Entre las características de estas enseñanzas de posgrado figura la obligación de que no induzcan a confusión ni puedan coincidir en su denominación y contenidos con los de las especialidades en Ciencias de la Salud.

La obtención del título de especialista supone la necesidad del mismo para utilizar de modo expreso esa denominación, para ejercer la profesión con tal carácter y para ocupar puestos de trabajo con tal denominación en centros y establecimientos públicos y privados. El modelo descrito coincide con el perfil profesional, conocido internacionalmente como “Enfermería de práctica avanzada”, es decir, un enfermero especializado, con conocimientos de experto, con capacidad de adoptar decisiones complejas y con competencias clínicas para el ejercicio profesional ampliado⁴⁰⁶.

El 8 de febrero de 2008, se publicó el Real Decreto 183/2008 por el que se determinaban y clasificaban las especialidades en Ciencias de la Salud, y se desarrollaban determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada⁴⁰⁷. Planteaba la formación en la misma unidad docente las especialidades que, aun requiriendo para su acceso distinta titulación universitaria, incidan en campos asistenciales afines. Dicho criterio se aplicará a las Unidades docentes de carácter multiprofesional, Unidades docentes de Atención Familiar y Comunitaria, en las que se formarán médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria y Enfermeros Especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria.

El 9 de julio de 2009 se celebró la reunión de la Comisión Permanente del CNECS donde se dio el visto bueno al Programa de Enfermería Familiar y Comunitaria y al de Enfermería Geriátrica. En 29 julio de 2009 salió publicado en el BOE Núm. 182 la Resolución de la Secretaría General de Universidades, por la que se establecían las bases de la convocatoria de la prueba objetiva prevista en la disposición transitoria segunda del Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería⁴⁰⁸. Esta resolución proponía el acceso a 7 especialidades enfermeras mediante una fórmula residencial (sistema EIR), a tiempo completo en unidades docentes acreditadas para la formación de especialistas y formalizando el correspondiente contrato de trabajo, Programa Formativo de la Especialidad, el cual se desarrollará en dos años, el total de horas será de 3.150, de las cuales 890 (28,25%) corresponden a la carga

teórica y 2.260 (71,75%) a la carga práctica. A su vez, se establecían mecanismos de acceso excepcional al título de especialista, basados en la práctica profesional y la formación. Finalmente, se vio la necesidad de realizar una prueba objetiva de evaluación de la competencia como sistema de medida, no sólo de conocimientos, sino también de habilidades y actitudes necesarias para el buen ejercicio de la enfermería con carácter especializado. Se determinó que la prueba se podría convocar pasados 6 meses tras convocatoria EIR, constando de 100 preguntas tipo test más 5 casos clínicos con 5 preguntas sobre cada uno.

En enero de 2010, la Comisión de Especialidades Delegada (CED) de Enfermería del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud (CNECS), publicó un nuevo informe en el que nuevamente se hacía referencia al perfil profesional y a la coincidencia con el perfil actual de las enfermeras generalistas. Sugirieron que se señalasen en el programa las competencias "clave" o "prioritarias" de la figura del especialista, de forma que quedase más clara su oferta de servicios específicos, ya que alegaban seguir viendo solapamiento con otras especialidades

Sobre las competencias en Salud Pública de este especialista, manifestaron opiniones divergentes. Mientras unas opiniones señalaron que la Salud Pública no tendría que contemplarse en el perfil, pues se consideraba inviable profundizar adecuadamente en ese campo teniendo en cuenta el elevado número de competencias que se proponían en el programa; otros participantes expusieron que, este perfil de especialista, podría integrar más actividades o competencias en torno al desarrollo de la Salud Pública para que desempeñe un mayor liderazgo en la promoción de la salud.

A pesar de las alegaciones, el interés por el desarrollo de esta especialidad fue prácticamente unánime, porque se consideró que, el perfil de este especialista, puede representar un motor de cambio y liderazgo en este ámbito del cuidado de la salud, pero sin que esto signifique, en ningún caso, que todos los profesionales de enfermería del ámbito de la atención primaria tengan que ser especialistas. Una preocupación que surgió fue el acceso a la especialidad a través de la vía excepcional por la magnitud de profesionales que podrían acceder, a la vez que se planteaba que este proceso habría que agilizarlo para, por un lado, evitar posibles conflictos y, por otro, estar en situación de disponer de especialistas para la acreditación de las Unidades Docentes. Posteriormente, la Comisión Nacional de la especialidad revisó el último borrador, lo modificaron en lo posible y argumentaron aquellos puntos que no eran asumibles. Se envió al

Ministerio donde le dieron el visto bueno. Finalmente, el 29 de julio de 2010, se publicó en el BOE la Orden SAS/1729/2010,24 de 17 de junio, por la que se aprobó y publicó el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria.

El programa fue ratificado por el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, órgano asesor de los Ministerios de Sanidad y Política Social y de Educación en materia de formación sanitaria especializada. Así mismo, ha sido estudiado, analizado e informado por la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, de la que forman parte, entre otros, los Consejeros de Sanidad de las diversas comunidades autónomas y el Director General de Política Universitaria del Ministerio de Educación. (Anexo 1 contenido BOE programa formativo de la Especialidad).

Desde el momento que se publicó en el BOE la primera oferta de plazas Enfermeros Internos y Residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria se dieron 6 meses de plazo para que, quién cumpliera los requisitos requeridos, solicitase, el acceso excepcional al Título de Especialista (Disposición transitoria segunda del RD 450/2005).

En el año 2010 se pusieron en marcha las primeras unidades docentes, la primera fue en Asturias. El enfermero Enrique Oltra, fue nombrado responsable de la puesta en marcha de la misma, este había participado como representante de la AEC en la comisión de la especialidad. La Organización Médica Colegial presentó un recurso ante la Audiencia Nacional contra el plan formativo de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria, que fue desestimado⁴⁰⁹ La primera promoción de residentes concluyó en el año 2012, adjuntamos esquema publicado en la Web de la AEC que hizo uno de los residentes con relación a su experiencia como residente.

En la tabla 5, se muestra el análisis que una enfermera que inició sus estudios de la especialidad de Enfermería Comunitaria, hizo de su primer año de residencia.

Tabla 5-Análisis DAFO de mi primer año de residencia (Elvira Gras, 2012)⁴¹⁰

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<p>La presencia.</p> <p>Reconocimiento de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria en los juzgados.</p> <p>Apoyo de Asociaciones de Enfermería familiar y Comunitaria.</p> <p>Formación multidisciplinar: curso de técnicas de comunicación, investigación.</p> <p>Facilidad para conocer y darnos a conocer por todo el sistema socio sanitario.</p> <p>Presencia de objetivos comunes: contribuir a la construcción de la Especialidad entre tutores, residentes y profesionales.</p> <p>Docente profesionales de Enfermería destacados por su formación de calidad.</p> <p>Grandes iniciativas como la creación de foros de participación de residentes: Francisco Javier Pastor. www.eirfamilycomunitaria.net. Unión de las residentes de las distintas unidades docentes a través de programas de formación común.</p>	<p>Desconocimiento de los objetivos de aprendizaje de la enfermera especialista en las distintas unidades docentes.</p> <p>No siempre, asignación de referentes especialistas, inseguridad.</p> <p>Falta de trabajo e investigación en equipo: multidisciplinar y dispersión de las residentes.</p> <p>No existe modelado al ser la primera promoción. Ni para tutores, ni para residentes.</p> <p>Unidades docentes con mucho peso de la disciplina médica.</p> <p>Desconexión y baja implicación entre los EIR Enfermería Familia y Comunitaria de España.</p> <p>Desequilibrio entre la promoción y participación comunitaria en comparación con la provisión de servicios de la demanda asistencial.</p>
AMENAZAS	OPORTUNIDADES
<p>Interpretar trabajo interdisciplinar con pérdida de poder.</p> <p>Financiación deficitaria. Menos recursos.</p> <p>Visión de la atención por patologías, disgregación/ desintegración de los cuidados.</p> <p>Visión holística deficitaria.</p> <p>Carencia de participación ciudadana. Déficit de asunción de responsabilidad sobre la salud.</p> <p>Equiparación de la tecnificación de la atención a la atención de calidad.</p> <p>Sistema sanitario no integrado y con déficit de coordinación.</p>	<p>Legislación en materia de salud.</p> <p>Formación EIR: Especialidad de la Enfermera Familiar y Comunitaria.</p> <p>El Grado en las profesiones universitarias como facilitador de trabajo interdisciplinar.</p> <p>Visualización de la Enfermera Familiar y Comunitaria.</p> <p>Población envejecida demandante de una asistencia socio sanitaria integrada..Población más informada: Internet.</p> <p>Demanda atención individualizada</p>

Fuente: FAECAP 2012

A las asociaciones les preocupa que el número de plazas convocadas vaya en disminución. La FAECAP, el 29 de septiembre de 2012, publica en su página Web su preocupación por la disfunción de plazas ofertadas con relación a las de los dos años anteriores. La tabla seis presentamos los datos de las plazas en las diferentes comunidades autónomas.

Tabla 6 -Plazas Enfermera Interna residente EIR en enfermería Familiar y Comunitaria

Comunidad Autónoma	Plazas ofertadas convocatoria 2012 (*)	Plazas ofertadas convocatoria 2011	Plazas ofertadas convocatoria 2010
Andalucía	17	18	15
Aragón	8	8	0
Asturias	12	12	6
Baleares	4	2	0
Canarias	12	12	0
Cantabria	0	0	0
Castilla y León	26	26	16
Castilla – La Mancha	18	26	20
Cataluña	20	20	18
Comunidad Valenciana	24	25	0
Extremadura	12	13	8
Galicia	8	4	0
Madrid	49	49	49
Murcia	4	4	0
Navarra	0	0	0
País Vasco	0	0	0
Rioja (La)	0	0	0
Ceuta	0	0	0
Melilla	0	0	0
Total	214	219	132

(*) Estas plazas según se indica en la disposición segunda de la Orden podrán sufrir todavía más reducciones como consecuencia de los procedimientos de des acreditación de unidades docentes que puedan producirse

Fuente Asociación Enfermería comunitaria AEC 2013

Plantean que esta disminución pone de manifiesto el poco interés de la administración sanitaria por el desarrollo de las especialidades de Enfermería que, de forma arbitraria, decide la oferta o no de plazas para la formación EIR. Recientemente, los residentes de Jerez de La Frontera presentaron una queja ante el defensor del pueblo de Andalucía con relación a la falta de puestos de trabajo específicos de especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria⁴¹¹. Igualmente, una residente asturiana publicaba una carta en el periódico local en la que manifestaba su disconformidad por la falta de convocatoria de plazas de especialista⁴¹², a fecha de hoy tampoco la prueba de acceso a la especialidad a través de la vía excepcional ha sido convocada .

Preocupa que, tras el arduo esfuerzo que supuso sacar adelante la especialidad, poco a poco, sin terminar de consolidarse, vaya diluyéndose sin que las comunidades autónomas hayan demostrado la voluntad política de ofertar plazas para las nuevas enfermeras especialistas. Que, el clima de austeridad impuesto por las políticas neoliberales, signifiquen un retroceso en el grado de desarrollo alcanzado.

V.1.5. Asociaciones Científico Profesionales en Enfermería Comunitaria

A los pocos años de la puesta en marcha de la reforma sanitaria, las enfermeras y enfermeros que trabajaban en Atención Primaria, tomaron conciencia de que, para conseguir un mejor desarrollo profesional, era imprescindible aunar fuerzas y conocimientos. El papel que han jugado las asociaciones científicas en el desarrollo de la Enfermería Comunitaria ha sido importante. El trabajo abnegado y discreto de muchas enfermeras y enfermeros han contribuido a difundir conocimiento y a posicionar a la enfermería comunitaria en el lugar que hoy ocupa. Las primeras reuniones y foros que organizaron las incipientes asociaciones, fueron el punto de encuentro para satisfacer las ansias de aprender y las ilusiones de muchas enfermeras que habían ocupado sus plazas sin tener mucha idea de que era aquello de la enfermera comunitaria. En la actualidad, hay tres grandes asociaciones científicas de carácter nacional. La Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC). La Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria (FAECAP) y, la tercera, la Sociedad Española de Enfermería Familiar y Comunitaria (SEEFyC) dependiente de la Organización Colegial de Enfermería.

La primera sociedad científica de enfermería de ámbito comunitario que se fundó en España fue el Centro de Documentación en Enfermería Comunitaria (CEDEC) Índex, en el año 1987. Su objetivo era apoyar los cambios que se estaban operando, principalmente en Andalucía, en la implantación de la reforma de la Atención Primaria de Salud, y desarrollar la Investigación en Cuidados de Salud", para lo cual utilizó como estrategia la gestión del conocimiento disponible en ese momento sobre el papel de la enfermería en este nivel asistencial. Las acciones del CEDEC complementaron entonces la labor que llevaba a cabo la Asociación de Enfermería Andaluza (ADEA) en la promoción del perfil profesional de la enfermera comunitaria, de manera que, cuando esta asociación dejó de operar, el CEDEC fue designado como depositario de sus fondos documentales⁴¹³. Posteriormente evolucionó a lo que hoy se conoce como Fundación Índex. Surgió como una fundación científica privada, sin ánimo de lucro, y como sistema de promoción y servicio al colectivo profesional enfermero. En un principio instaló sus dependencias en el Hospital de San Juan de Dios de Granada⁴¹⁴, poco a poco fue ampliando sus actividades, a mediados de los noventa creó la base de datos CUIDEN, primera base de datos en Español que indexa los artículos de la producción científica tanto de enfermería española como iberoamericana. Además desarrolla otro tipo de actividades de apoyo a la investigación y a la formación de las enfermeras.

V.1.5.1. Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC)

En 1994, nació la Asociación de Enfermería Comunitaria AEC, la formaron algunos enfermeros de la comunidad Valenciana junto con algunos enfermeros de la Rioja, su propósito era que tuviese ámbito estatal. En junio de 1999, se unió la Asociación Canaria de Enfermería Comunitaria y poco a poco, grupos de enfermeras de diferentes comunidades, fueron creando vocalías territoriales hasta constituir un total de 17 (Galicia, Asturias, Cantabria, Euskadi, Navarra, La Rioja, Aragón, Cataluña, Castilla León, Madrid, Extremadura, Castilla la Mancha, Valencia, Baleares, Andalucía, Murcia, Canarias). Es una entidad privada sin fines lucrativos que se financia con las cuotas de sus socios. En la actualidad, sus socios pertenecen a los ámbitos (asistencial, docente, investigador y gestor). La junta la directiva la forman los representantes de cada vocalía territorial. Toman sus decisiones de forma deliberativa mediante asamblea. El presidente de su junta directiva actual es el profesor de Enfermería Comunitaria de la Universidad de Alicante, José Ramón Martínez Riera.

La AEC entiende como Enfermería Comunitaria aquella disciplina basada en la aplicación de los cuidados, en la salud y en la enfermedad, fundamentalmente al núcleo familiar y la comunidad, en el marco de la Salud Pública. Como asociación pretende contribuir de forma específica a que las personas, la familia y la comunidad adquieran habilidades, hábitos y conductas que promuevan su autocuidado⁴¹⁵.

Sus fines son: a) Promover y defender los intereses profesionales del colectivo, elevar el nivel científico de los asociados, incentivar la realización de trabajos científicos y su difusión. Informar a todos los integrantes de la asociación de cuantas cuestiones sean de interés. b) Defender y promocionar la Sanidad Pública y el interés y derechos del usuario. c) Establecer relaciones y contactos con cuantas comisiones, organizaciones, universidades etc., tanto nacional como extranjero, favorezcan el desarrollo profesional. d) Proponer alternativas y colaborar con la administración e instituciones sanitarias en todo lo que se relacione con la consecución de los fines de esta asociación. e) Impulsar y promover el uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) en el ámbito científico, profesional y social de la Enfermería Comunitaria, como instrumento estratégico para alcanzar todos y cada uno de nuestros fines. En ningún caso se realizarán actividades con fines lucrativos.

La asociación realiza congresos, reuniones científicas y seminarios. Mantiene grupos de trabajo estables, formación da apoyo a nuevos investigadores y relaciones institucionales. Los congresos que organiza son bianuales y pretenden ser un foro de reflexión para las enfermeras interesadas en la Enfermería Comunitaria. En el mismo marco de sus congresos, se realizan reuniones de profesores de Enfermería Comunitaria. Los temas analizados hasta ahora han sido diversos: Autocuidado y calidad de vida (Valencia 1995); de la teoría a la práctica del cuidado (Arnedillo 1997); Nosotros cuidamos (Arnedillo 2000); El impacto de los cuidados (Puerto de la Cruz 2002); La medida del cuidado (Archena 2004); Simposium Internacional de Enfermería Comunitaria (Valencia 2006); Enfermeras en la comunidad: compromiso e impacto social (San Sebastián 2009); Competencias y Necesidades de la Especialidad: Retos y Respuestas. (Barcelona 2012). Desde 1997 la AEC también celebra reuniones o jornadas monotemáticas, en ellas se analizan en profundidad temas específicos que afectan a la Enfermería Comunitaria.

La consulta de enfermería: Situación actual y perspectivas de desarrollo (Arnedillo, 1998). Sistemas de información en enfermería (Valencia 1998). Diagnósticos enfermeros en atención primaria: aplicación práctica (Ponferrada 2000). Enfermería: cuidados y comunidad (Tudela 2003). Me cuido para cuidar (Tarragona 2005). Salud Comunitaria: Nuevas demandas (Valencia 2010). Desde el año 2000, en sus congresos y jornadas realizan seminarios de trabajo y talleres con el objetivo de “profundizar y aprender en el tema que se trata en el mismo dentro de un clima de colaboración recíproca”.

En 1997, la AEC creó una Red de experiencias prácticas, con el objetivo de servir de intercambio de experiencias prácticas para que, cada vez que una enfermera decida iniciarse en una misma área o tema de trabajo concreto, o simplemente quiera comunicarse con profesionales que trabajen en esa misma línea, pueda contactar con otros profesionales que ya tienen experiencia en esa misma área de conocimientos y, pueda así, aprovechar la experiencia y los conocimientos acumulados por otros colegas. Para poder realizar esta tarea la AEC creó una base de datos en la que, los profesionales que lo deseen, pueden inscribirse cumplimentado un pequeño formulario. Para poder estar inscrito en este registro no es necesario ser socio de la AEC.

En la actualidad tiene activos varios grupos de trabajo estables que se reúnen con periodicidad para abordar aspectos relacionados el tema: Docentes de Enfermería Familiar y Comunitaria.

Gestión en Enfermería Familiar y Comunitaria. Cronicidad. Comunicación en Salud. Deshabituación tabáquica. Enfermería comunitaria 2.0. Complejos. La enfermería en el medio penitenciario. Tutores de estudiantes en formación práctica.

Como sociedad científica ha sido invitada a participar en Congresos, Jornadas o Simposios Nacionales e Internacionales organizados por otras asociaciones profesionales y de usuarios en innumerables ocasiones. La AEC ha emitido informes de posicionamiento sobre la especialidad y ha participado en debates sobre temas de especial interés comunitario. En 2001, publicó el informe técnico clave para justificar la necesidad de la especialización⁴¹⁶.

La junta directiva de la AEC sintonizó con las inquietudes de la Fundación Index, y ambas firmaron un convenio de colaboración en 1995. Durante varios años los socios de AEC recibían la revista Índice, que venía incluida en su cuota de suscripción a la asociación. Más tarde la AEC colaboró en la puesta en marcha de la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP), aunque unos años más tarde se separaron.

Es colaboradora habitual del Ministerio de Sanidad y Consumo, ha contribuido en la elaboración y desarrollo de diferentes documentos y guías que publica el Ministerio de Sanidad, como son: Elaboración y desarrollo del documento Plan Nacional del Cáncer; Desarrollo del proyecto NIPE sobre Normalización de la Práctica Enfermera en el ámbito de Atención Primaria; Elaboración de la Ley de Muerte Digna; Comisión de trabajo sobre endometriosis; Comisión de Igualdad de Género; Grupo de Trabajo de Tabaquismo; Elaboración de la Ley de Salud Pública; Comisión Nacional de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria, en el seno de la cual se desarrolla el Programa de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria que servirá de base para la formación de los 134 primeros residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria distribuidos en las Unidades Docentes acreditadas en las Comunidades Autónomas de Extremadura, Andalucía, Madrid, Castilla León, Cataluña, Asturias y Castilla la Mancha. También ha colaborado con éste a través del Consejo General de Enfermería, elaborando un informe para el desarrollo del proyecto NIPE en el ámbito de Atención Primaria.

En la actualidad, la AEC es miembro activo de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), junto a otras diez Sociedades Científicas. En el marco de SESPAS se desarrollan actividades investigadoras y científicas. Así mismo, se participa en la

edición de la Revista Gaceta Sanitaria, que reciben todas/os las/os socias/os con periodicidad bimensual.

A nivel autonómico, a través de las vocalías territoriales, participa en comisiones y grupos de trabajo en las Consejerías de Sanidad y Trabajo Social de todo el territorio Nacional. También desarrolla actividad a nivel internacional. En el año 2002, la AEC estableció un acuerdo de intercambio de revistas con el Colegio de Enfermería de Roma que aún permanece vigente. En 2003, otro convenio de colaboración con el Colegio de Enfermería de Florencia, no sólo a través del intercambio de revistas, sino de participación y colaboración en las actividades que éste desarrolla. En Junio de 2004, participó como invitada a la Jornada de la Association National des infirmiers de santé publique (ANidesp) en un encuentro europeo sobre la formación de la enfermera de salud pública.

En 2010, se integró en el Grupo de trabajo para el análisis de la Enfermera Familiar y Comunitaria a nivel Europeo (Family Health Nursing Group) y participa en Family Health Nursing - International Workshop, celebrada en Berlín (Alemania). También trabaja de manera coordinada y frecuente con la Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería (ALADEFE), en el marco de la cual participa activamente en la Red Latinoamericana de Enfermería Comunitaria. Mantiene contactos con la Associação Portuguesa Enfermeiros Cuidados Saude Primarios para el desarrollo de acciones conjuntas. Se va a integrar en la International Family Nursing Association (IFNA). A través de SESPAS participa en comisiones de trabajo con The European Public Health Association.

Como medios de comunicación, La AEC emite comunicados de prensa sobre temas de relevancia para la Salud Pública y Comunitaria. En 1997, puso en marcha su Web con el fin de abrir un nuevo canal de comunicación de la asociación no sólo con sus asociados o con las enfermeras comunitarias, sino con el resto de profesionales que quieran compartir este espacio de encuentro y comunicación en: <http://enfermeriacomunitaria.org>.

Desde su inicio, uno de sus grandes retos, fue la creación de una revista científica. En 1994, comenzó editando lo que se llamó “Boletín de Enfermería Comunitaria” (BEC), que recogía noticias, eventos y artículos considerados todos ellos de interés para la comunidad científica de las enfermeras comunitarias. Actualmente, edita una revista científica “Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria” (RIDEC). El BEC se difundía gratuitamente no sólo

entre sus socios, con una periodicidad semestral y estuvo catalogado por el Centro de documentación de la Fundación Índice de Enfermería. Con la aparición de (RIdeC), el BEC dejó de publicarse⁴¹⁷.

La AEC avala con su sello de Calidad aquellas actividades científicas y formativas que son de especial interés y cuyo contenido cumple criterios de calidad contrastada, cuando se solicita por parte de las entidades o instituciones organizadoras. Actualmente, tiene suscrito un convenio con DAE-Paradigma y desarrolla actividades formativas con contenidos específicos de Enfermería Comunitaria y Salud Pública. Un ejemplo es el curso de preparación para el acceso excepcional a la Especialidad de Enfermería familiar y Comunitaria.

Con el fin de apoyar la investigación en el ámbito de la Enfermería Comunitaria, la AEC creó desde su nacimiento una asesoría en metodología de investigación que ayuda a las enfermeras comunitarias con inquietudes investigadoras a llevar a buen puerto sus proyectos. Dicho servicio es utilizado frecuentemente por las enfermeras comunitarias. En 2010, instauró los Premios de Investigación Enfermería Comunitaria Antonio Galindo, en recuerdo del que fue socio destacado de esta Asociación.

Los premios tienen como objetivos: Reconocer trabajos de Investigación sobre Enfermería Comunitaria. Reconocer a las entidades e instituciones que se distinguen, especialmente, por colaborar en la investigación de Enfermería Comunitaria. Reconocer a los investigadores en activo que habiendo desarrollado una parte importante de su trabajo o cuya carrera haya ejercido una influencia importante en Enfermería Comunitaria por las labores investigadoras que hayan llevado a cabo.

Pueden acceder a este premio: investigaciones en el campo de la Enfermería Comunitaria realizadas por investigadores consolidados, en los que ya existan resultados. Residentes de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria que hayan desarrollado sus investigaciones sobre Enfermería Comunitaria en la Unidad docente a la que estén adscritas/os. Investigaciones o proyectos de investigación realizados en el campo de la Enfermería Comunitaria, realizados por investigadores noveles o residentes de EFyC. Las bases pueden consultarse en su página WEB.

Mejoras comunitarias propuestas por la AEC

De las diferentes actividades científicas organizadas por la AEC han surgido una serie de propuestas para la mejora de la atención de salud a la población, entre ellas se encuentran:

La misión de la enfermera comunitaria es resolver problemas relacionados con la salud de los usuarios. Estos problemas se entienden como necesidades de cuidados. Las enfermeras, a través de su mirada particular, perciben -de forma única- aspectos de proceso salud-enfermedad de las personas y de las poblaciones. El potencial cuidador de la enfermería puede y debe ser rentabilizado por el sistema de salud en beneficio de la comunidad, del propio sistema y de la enfermería. Por ello, se debe definir de forma inequívoca la misión de la enfermera dentro del sistema. Esto supone que la organización del trabajo variará si se considera que las enfermeras son auxiliares de otros profesionales o si se las enfermeras deben ofertar servicios a la población, opción última por la que se decanta esta sociedad científica. De forma genérica la AEC entiende que la misión de la enfermera es la siguiente: "Capacitar a los individuos, las familias y la comunidad en el autocuidado de la salud, el fomento de hábitos de vida saludables y la adaptación con calidad de vida a las diferentes etapas del ciclo vital en el continuo salud enfermedad."

La metodología de cuidados y el diagnóstico enfermero son instrumentos básicos para identificar las necesidades de cuidados y poder gestionar los autos cuidados de las personas. Por ello, es necesario que las nuevas herramientas informáticas que se diseñan para la asistencia posean estos instrumentos facilitadores de una atención sanitaria enfermera de calidad.

Es necesario que los servicios de enfermería se oferten directamente a la población; es decir, que la población pueda concertar cita directamente con la enfermera. Por ello es básico implantar la consulta a demanda.

En consonancia con la OMS se pide la libre elección de enfermera y que el nombre de la enfermera figure en la Tarjeta Sanitaria de cada usuario lo que supone adscribir un cupo de población a la enfermera de familia.

La Historia de Salud debe ser el instrumento y vehículo que registre y permita hacer visible el trabajo enfermero, por ello es necesario que la organización del trabajo permita su uso en

todos los contactos entre los ciudadanos y los profesionales enfermeros. Es necesaria la formación especializada en Enfermería Comunitaria para mejorar la preparación de las enfermeras comunitarias.

Los indicadores de actividad de las enfermeras deben aportar información sobre las mejoras en salud en la población. La atención domiciliaria es un pilar básico en la atención comunitaria y la enfermera debe desempeñar un papel central en la coordinación socio sanitario de todos los actores que intervienen en el domicilio del ciudadano.

La comunicación es una herramienta de trabajo práctica, que nos va a facilitar y ayudar en el abordaje de la atención al ciudadano y permitirá a este último que decida sobre su salud. Por ello es necesario invertir de forma periódica en formación sobre comunicación.

Se constata la necesidad de trabajar en EPS (Educación para la Salud) grupal dada su gran eficacia y eficiencia educativas, para afrontar las necesidades de salud de la población. Se constata, así mismo, la necesidad de un cambio de modelo pedagógico para llevar a cabo la EPS: del modelo informativo (charlas) al modelo de pedagogía activa (conjunto de sesiones educativas programadas).

Respecto a la atención de las personas cuidadoras familiares: No sólo se debe cuidar al cuidador actual sino al futuro cuidador. Adquieren especial importancia los grupos de ayuda mutua, donde los cuidadores principales pueden reconocer y buscar las soluciones como el apoyo al cuidarse. La formación de los cuidadores familiares es un elemento importante para ayudarles en sus actividades y para mejorar su nivel de salud. Las enfermeras comunitarias deberían promover las asociaciones de cuidadores familiares como medio para mejorar la salud de los mismos, la calidad de los cuidados que se prestan a las personas cuidadas y la gestión de recursos y voluntariado.

Consideramos que el papel que la Asociación de Enfermería Comunitaria (A.E.C.) ha tenido un papel relevante y clave en los logros alcanzados por la por las enfermeras comunitaria. Sus esfuerzos sirvieron en primer lugar para cohesionar a un los profesionales, que entre todos poco apoco fueron capaces de dar contenido a teórico e ideológico a lo que debía de ser la Enfermería Comunitaria. Gracias a su trabajo de participación en numerosos foros de salud y políticos han contribuido a desarrollar importantes reformas de gestión sanitaria que han conseguido poner en valor y hacer más la figura de la Enfermería

Sin el esfuerzo y constancia de los enfermeros y enfermeras de la A.E.C que han trabajado por desarrollar la idea de la enfermera comunitaria que hoy conocemos, no hubiese sido posible conseguir llegar al reconocimiento de la especialidad, ni a influir en las direcciones de las comunidades autónomas en las que tiene representación, para poner las unidades docentes que la harán posible.

V.1.5.2. Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria (FAECAP).

Fue constituida en 1998, es una Federación de Asociaciones de Enfermería de carácter Científico que nació con la voluntad de agrupar, en su entorno, a las diferentes asociaciones y sociedades de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria, en la actualidad son trece las sociedades que hasta ahora conforman la FAECAP que representan a enfermeras y enfermeros que desarrollan su trabajo en el ámbito de la Atención Primaria en las distintas Comunidades Autónomas. Tuvo la capacidad de agrupar a las asociaciones autonómicas nacidas en la década anterior.

Sociedad de Atención Primaria de la Región de Murcia (SEAPREMUR), creada en 1989.

Asociació Balear d'Infermeria Comunitaria (ABIC), en 1994.

Asociación Castellano Manchega de Enfermería Comunitaria (CAMEC), en 1994.

Sociedad de Enfermería de AP de Asturias (SEAPA), creada en 1996.

Asociació d'Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya (AIFICC), en 1996.

Sociedad Madrileña de Atención Primaria (SEMAP), creada en 1997.

Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (ASANEC), en 1997.

Sociedad Científica de Enfermería Comunitaria Cántabra (SCECC), en 2003.

Sociedad de Enfermería Familiar y Comunitaria de Extremadura (SEFYCEX), en 2003.

Asociación de Enfermería Comunitaria Aragonesa (AECA), en 2004.

Sociedad Valenciana de Enfermería en Atención Primaria (SVEAP), en 2006.

Asociación Galega de Enfermaría Familiar e Comunitaria (AGEFEC), en 2007.

Sociedad Científica de Enfermería Familiar y Comunitaria de Euskadi (EFEKEZE) en 2009.

Los fines de la Federación son: Defensa y promoción de la Sanidad Pública. Promover y fomentar el progreso científico y la investigación enfermera en el ámbito de la Atención Primaria. Potenciar la calidad de los cuidados enfermeros. Promover relaciones con otras organizaciones y asociaciones estatales o extranjeras que favorezcan el desarrollo profesional.

Colaborar con las Universidades, organismos e instituciones en la formación y desarrollo profesional. Conseguir la especialidad de enfermería en el ámbito profesional. Crear un estado de opinión respecto al colectivo que representa. Proponer alternativas y colaborar con la Administración en todo lo relacionado con los fines de la Federación.

La autonomía de cada sociedad permite su constante adaptación a la realidad social correspondiente (número de socios, organización sanitaria, lenguas propias, etc.) y, facilita el acercamiento a las necesidades del socio y su participación en la actividad científica.

Su Junta Directiva la forman enfermeras y enfermeros pertenecientes a las diferentes asociaciones regionales. Su presidenta actual es: Lucia Serrano Molina de la Sociedad de Enfermería Madrileña de Atención Primaria (SEMAP), y profesora de Enfermería Comunitaria en la Universidad de Alfonso X el Sabio.

Realiza actividades como, relaciones institucionales, congresos, formación, asesoría a la investigación. Mantiene relaciones institucionales con diferentes grupos y asociaciones y participa en cuantos foros científicos donde como Federación científica es requerida. Junto con el resto de asociaciones ha participado intensamente en las negociaciones para poder conseguir la puesta en marcha de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria.

Ha participado en múltiples foros del Ministerio de Sanidad, relacionados con la estrategia de desarrollo de la salud de la población y de la atención primaria y colaborado en las guías que se han editado de los diferentes temas: Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012 (Proyecto AP21). Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. "Atención integral en el cribado poblacional del colorrectal: implicación de todos los niveles asistenciales". Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida". Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Estándares (proyecto Séneca). De enfermedades como Ictus, Cáncer, Diabetes, EPOC, Parkinson. Tabaquismo. Estrategia NAOS (programa Perseo), cardiopatía isquémica (coordinador proyecto RECCAP y representante CEIPC).

Ha realizado diferentes publicaciones, varios informes técnicos, con temas de interés para la EC: Guía de Cuidados de Enfermería Familiar y Comunitaria en los Trastornos de la Conducta

Alimentaria, de 2010. Manual de Investigación Cuantitativa para Enfermería , 2011. Análisis y propuestas de mejora del trabajo enfermero en atención primaria” (marzo 2007). Puntos estratégicos FAECAP para la mejora de la atención primaria (noviembre 2007).

La FAECAP celebra jornadas científicas y congresos con carácter bianual, las primeras jornadas fueron en Madrid en 1999 y su lema fue: “Enfermería y Población: Dejar Huella”. En 2003 celebró el I Congreso FAECAP junto con el III Congreso ASANEC, a destacar el celebrado en 2005 en Madrid ya que fue el I Congreso Internacional de Enfermería Comunitaria con asistencia de 1200 enfermeras y enfermeros. El Próximo congreso lo celebraran en 2013, en Mallorca, conjuntamente con la Asociación Balear de Enfermería Comunitaria (ABIC), su lema en esta ocasión es “Caminar y andar con la comunidad”.

Como actividades de formación, en 2011 realizó un curso en colaboración con CCOO como medida para facilitar a los profesionales la preparación el examen para el acceso a especialidad.⁴¹⁸ Como medios de comunicación utiliza la Página Web: <http://www.faecap.com/>. Durante un tiempo también edito un boletín informativo a los socios.

En 2012 puso en marcha la revista “Enfermería Familiar Y Comunitaria (EFC), con un doble objetivo, ser una publicación científica que permita la actualización de conocimientos y el facilitar el acceso a créditos de formación continuada en el ámbito de las competencias de la enfermería familiar y comunitaria. Pretende ser una publicación de formación continuada en cada una de las competencias que configuran la Enfermería Familiar y Comunitaria: Competencias clínicas avanzadas. Competencias en salud pública y comunitaria. Competencias docentes. Competencias en gestión de cuidados y servicios. Competencias en investigación. El objetivo principal de la revista EFC, es “ofrecer a los profesionales un recurso de formación acreditado, que les permita desarrollar plenamente el programa de competencias emanado de la Orden SAS/1729/2010, que configura la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria”. El objetivo de la Federación es que la edición impresa tenga versión paralela online que facilite el acceso a la información y a través de la cual se pueda realizar el proceso de acreditación de los usuarios.

Consideramos que gracias informes técnicos han servido para avalar y justificar la necesidad de la Especialidad y al trabajo de los profesionales que integran la FECAP, se ha conseguido tener fuerza y representación suficiente ante los ministerios de Educación y de Sanidad, para

convencer a los responsables políticos de la necesidad social de una enfermería bien formada. Su constante presencia en los diferentes foros y debates sobre los servicios sanitarios han contribuido a hacer más visible la Enfermería Comunitaria.

V.1.5.3. Sociedad Española de Enfermería Familiar y Comunitaria (SEEFyC)

En 2005, el Consejo General de Enfermería impulsó una nueva asociación de Enfermería, la Sociedad Española de Enfermería Familiar y Comunitaria SEEFyC. Nació con vocación nacional y con la intención de representar y defender los intereses de los más de 29.000 enfermeros que desarrollan su actividad en atención primaria, dedicados a promover la salud de la familia y de la comunidad. Su intención era ser la gran asociación de los enfermeros de la Atención Primaria, pretendía ser un espacio de participación, encuentro científico y desarrollo profesional y de referencia en el campo de los cuidados proporcionados por los enfermeros españoles en el ámbito familiar y comunitario a la par que, formar parte activa en el desarrollo de la especialidad. Al igual que las otras asociaciones, su intención era organizar congresos, actividades, y ser interlocutora de los diferentes foros de la Enfermería de Atención Primaria.

El primer congreso de SEEFyC fue en 2005, en Madrid, su lema fue “Construyendo la nueva especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria”. Contó con la presencia de destacadas autoridades de la sanidad tanto de ámbito nacional como internacional. En él se analizó el futuro desarrollo de la especialidad de EC.

El sistema de comunicación de la SEEFyC es a través de la Web de la Organización Colegial de Enfermería:

<http://www.cge.enfermundi.com/servlet/Satellite?cid=1097825918170&pagename=SiteCGE%2FPage%2FTplPageGenerica>.

No nos ha sido posible encontrar un apartado específico a través del cual hacer un seguimiento de las actividades de la asociación, pero nos consta que participa en diversos foros. En 2012 su presidente asistió junto con los otros presidentes de asociaciones científicas de Atención Primaria al foro organizado por la asociación contra el cáncer sobre de Prevención del Cáncer Colorrectal. No tiene una revista propia pero, a través de la Web, hemos podido acceder a una revista llamada “Revista Especialidades”, en la que se incluye algún artículo

sobre la especialidad de enfermería comunitaria. En esta revista de formato digital aparecen artículos desde 2005 a 2007. Habitualmente es, a través de la revista Enfermería Facultativa, donde aparecen noticias relacionadas la enfermería familiar y comunitaria, escritos en su mayoría por Fidel Rodríguez, como presidente de la as SEEFyC.

Como hemos podido comprobar, todas estas sociedades, habitualmente son invitadas a participar en eventos y jornadas científicas, y en diferentes en foros de discusión relacionados con los más variados temas relacionados con la salud, y participaron activamente en el desarrollo de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria.

Las enfermeras han realizado un gran esfuerzo en organizar estas sociedades científicas. Formar parte de un grupo de trabajo o de una junta directiva implica dedicación, lo mismo que preparar un trabajo para poder presentarlo posteriormente a un congreso. La asistencia a los congresos no es fácil, pues las enfermeras pocas veces consiguen financiación, y deben de afrontar los gastos de su bolsillo, y pesar de toda la asistencia a los congresos, es muy importante, y las enfermeras hacen un esfuerzo continuo, por seguir mejorando su formación y puesta al día para, así, poder dar cuidados de mayor calidad a la sociedad. Respecto a las Asociaciones.

Consideramos que la influencia que han ejercido las asociaciones ha sido clave, sin su respaldo teórico y el de sus líderes intelectuales, hubiese difícil construir un corpus conceptual de la profesión. Sus reuniones y congresos han sido y son foros de debate y de difusión de ideas, que poco a poco han calado entre los profesionales. Han dado el respaldo profesional necesario que permitió ganar confianza y así poco a poco llegar a la posición que hoy ocupan las enfermeras dentro del organigrama sanitario de la Atención Primaria de Salud.

Su influencia se ha dejado notar en mayor o menor medida en las diferentes comunidades. Un ejemplo de ello puede ser la Asociación de Enfermería Andaluza, (ASANEC) que está integrada en la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria (FAECAP). Esta colabora habitualmente con la Consejería y el Servicio Andaluz de Salud realizando cursos de formación y programas de investigación a las enfermeras andaluzas. En otras comunidades la influencia se percibe a través de la puesta en marcha de planes de mejora en la organización de la Atención Primaria, que han sido impulsados por destacados miembros de las asociaciones.

Consideramos que el trabajo de la Sociedad Española de Enfermería Familiar y Comunitaria SEEFyC y el respaldo de la organización colegial de enfermería, han sido fundamentales para conseguir sacar a delante la especialidad. Su experiencia y saber hacer ante los organismos oficiales y políticos han sido imprescindibles.

V.1.6. A modo de Resumen del Marco Legal y el Asociacionismo

Gracias al esfuerzo coordinado de las asociaciones la hoy podemos decir que aunque con dificultades, la especialidad en Enfermería Familiar y Comunitaria es una realidad, y que poco a poco cada vez son más las comunidades autónomas que poner en marcha las unidades docentes de la especialidad, lo que significa en un futuro no muy lejano, la especialidad estará como requisito indispensable para acceder a dichos puestos de trabajo.

V.1.7. Bibliografía

-
- 303 Solsona, Montse; Viciano, Francisco. Claves de la evolución demográfica en el cambio de milenio Gac. Sanit 2004;18 (sup. 1):8-15
- 304 Pérez Díaz, Julio; Pujol, Rogelio; Abellán, Antonio; Ramiro Diego. Departamento de Población, CSIC. Envejecimiento en red .21.3.214 Disponible en : un-siglo-de-cambios-en-la-piramide-de-poblacion-de-espana-1910-2011-2(Consultado el 8.7.2014)
- 305 Pérez Díaz, Julio; Pujol, Rogelio; Abellán, Antonio; Ramiro Diego,. Departamento de Población, CSIC. Envejecimiento en red 21.3.214 Disponible en : un-siglo-de-cambios-en-la-piramide-de-poblacion-de-espana-1910-2011-2(Consultado el 8.7.2014)
- 306 Izquierdo, María Jesús. Del sexismo y la mercantilización del cuidado a su socialización: Hacia una política democrática del cuidado. En "Cuidar Cuesta: costes y beneficios del cuidado". Emakunde SARE; 2003
- 307 Francisco del Rey, Cristina, Mazarrasa Alvear Lucía. Cuidados informales. Rev. Enferm 1995; 18 (202): 61-65
- 308 Artazcoz, Lucía; Escribà-Agüir, Vicenta; Cortès, Imma .Género, trabajos y salud en España. Publicado en Gac. Sanit. 2004; 18(Supl 2):24-35. - Vol.18 núm. Supl.2
- 309 Duran Heras, M^a Ángeles .Dependientes y cuidadores: l desafío de los próximos años. Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales 60 Disponible en : <http://digital.csic.es/bitstream/10261/10783/1/Est04.pdf> (Consultado el : 3 de Febrero de 2013)
- 310 García-Calvente, María del Mar; Mateo-Rodríguez, Inmaculada; Maroto-Navarro Gracia. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. Gac Sanit [revista en la Internet]. [citado 2013 Mayo 27]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000500011&Ing=es.
- 311 Larrañaga Isabel, Martín Unai; Bacigalupe Amaia; Beguiristáin; José María; Valderrama, María José; Arregi Begoña. Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. Gac Sanit [revista en la Internet]. 2008 oct. [citado 2013 Ago. 05]; 22(5): 443-450. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112008000500008&Ing=es pp. 443-450
- 312 Alujas Ruiz, Joan Antony. La igualdad de género en el mercado de trabajo: el papel de las políticas de empleo en España disponible en: <http://www.ruct.uva.es/pdf/revista%2011/11103.pdf>.(Consultado el 18 de Marzo de 2013)
- 313 Jefatura del estado .Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia

de Género. fue aprobada por las Cortes Generales de España, y publicada en el BOE nº 313 de 29/12/2004

314 Jefatura del estado .Ley Orgánica 3/2007 de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, fue aprobada por las Cortes Generales de España, y publicada en el BOE nº 71 de 23/3/2007

315 García Calvente, María del Mar y col .Análisis de género de las percepciones y actitudes de los y las profesionales de atención primaria ante el cuidado informal Gac. Sanit.2010;24(4):293–302

316 Rioseras, Susana. La tiranía de la moda y la belleza Reinventando la corporalidad femenina. Asociación de mujeres Hypatia de Burgos 2007 .Disponible en :

<http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=7&sqj=2&ved=0CFQQFjAG&url=http%3A%2F%2Fwww.especieenpeligro.net%2Findex.php%2Fdocs%2Fcategory%2F15-documentos%3Fdownload%3D139%3A-la-dictadura-de-la-belleza&ei=Ad1JUea5KYnTPKLygOAK&usq=AFQjCNGoxeY30fq-2TIRdUI0vAGnj-17jg&sig2=SbQeAdvOeKeRDPKXNYAUUnQ> (Consultado el 20 de Marzo de 2013)

317 Palomo Cobos, Luis. La investigación y la evolución reciente de la atención primaria. Gac. Sanit 2002;16(2):182-7

318 Ibídem Irigoyen ,Juan 1996, PP.467

319 Pérez Andrés, Cristina. Aceptación del contrato programa por el personal sanitario de la atención primaria de Madrid: un estudio cualitativo. Rev. Sanid Hig Pública 1995;69:7988

320 Rodrigo Isabel; Nuin M. Ángeles; Gabilondo, Luis; Ayerdi, Karmele; Apezteguia Gimeno, Álvaro; Galíndez, Ana Gestión de la calidad en el Sistema Sanitario Público de la comunidad foral de Navarra. Rev. Calidad Asistencial 2004 n Vol. 19, Issue 3. PP. 177-188

321 Álvarez Girón, Manuela. et al. Las unidades clínicas de gestión en la atención primaria. Un tema en debate. Aten Primaria 2003;31(8):514-8

322 La CS AP es una selección de servicios priorizada y organizada de una forma específica, que responde a necesidades y a demandas de la población, se sustenta en criterios científico técnicos y en prioridades de política sanitaria y tiene base poblacional. La unidad básica o elemental de la CS AP es el “servicio”. Se conoce como “servicio” a un conjunto de actividades o criterios de actuación que guían la atención a un problema o proceso de salud clínico o preventivo con especificación de la población a la que se dirige y de otros aspectos relacionados. El listado completo de servicios compone la CS AP.

323 Las Entidades de Base Asociativa (EBAs) son empresas (sociedades limitadas), constituidas total o parcialmente por profesionales sanitarios, principalmente médicos, que establecen una relación contractual con el servicio público de salud para ofrecer servicios sanitarios a cambio de una financiación capitativa. Cataluña y Andalucía fueron pioneras en implantar las EBAS; ahora otras comunidades autónomas, como Madrid, se están planteando su implantación. El CAP El Remei de Vic, fue la primera experiencia en Cataluña del modelo de atención primaria auto gestionado por un equipo de profesionales. Actualmente hay en Cataluña 13 EBAs (que prestan asistencia a una población de referencia de 250.000 ciudadanos), y están organizadas en una asociación, la ACEBA (Asociación Catalana de Entidades de Base Asociativa). Disponible en : <http://misaludnoesunnegocio.net/prensa.php?p=1209&more=1&c=1&tb=1&pb=1> Consultado el 15 de Marzo de 2013

324 Ledesma Albert. Entidades de base asociativa: un modelo de provisión asistencial participado por los profesionales sanitarios. Valoración actual y retos futuros. Rev. Admr. . Sanit; 2005; 3((1): 73-81.

325 Hernansanz Iglesias Francisco. Innovación en Atención Primaria. Vías de avance de fácil y necesaria implementación En: Ortun Vicente. La refundación de la Atención Primaria. capítulo 7; pp. 112 .Disponible en :

http://www.upf.edu/catedragrunenthalsemg/_pdf/la_refundacion_de_la_atencion_primaria.pdf(consultado el 23 de mayo de 2013)

326 Corrales, D Galindo, A Escobar, MA Palomo, L y Magariño, MJ. El debate sobre la organización, las funciones y la eficiencia de enfermería en Atención Primaria: a propósito de un estudio cualitativo. Aten Primaria. 2000, mar; 25(4):214-219.

327Gervás Juan, Bonis Julio. El debate profesional acerca de la escasez de médicos. Rev. Esp. Salud Pública Vol.82 no.6. Madrid Nov. /Dec. 2008

328 Del Pino Casado, Rafael; Martínez Riera, José Ramón. Estrategias para mejorar la visibilidad y accesibilidad de los cuidados enfermeros en Atención Primaria de salud. Rev. Admr. Sanit. 2007;5(2):311-37

-
- 329 Martínez Riera, José Ramón. Consulta de enfermería a demanda en Atención Primaria. Reflexión de una necesidad. Rev. Admr. Sanit; 2003;1(3):425-40
- 330 Mazarrasa Alvear, Lucía; Sánchez Moreno, Antonio; Germán Bes, Concepción. Sánchez García, Ana M^a. Merelles Tormo, Antonio. Aparicio Ramón, Vicente. Salud pública y enfermería Comunitaria (I). 2ª edición. Madrid: Mc Graw-Hill Interamericana; 1996.PP.74
- 331 Ibídem Germán Bes, Concha ; Fajardo Trasobares, María .Esther. 2004
- 332 Ibídem Mazarrasa Alvear, Lucía. Sánchez Moreno, Antonio. Germán Bes, Concepción. Sánchez García, Ana M^a. Merelles Tormo, Antonio. Aparicio Ramón, Vicente. 1996,.PP: 75
- 333 Agudo Polo, Santiago; González Pascual, Juan Luis. Consulta de enfermería a demanda, ¿por qué acuden los usuarios? Enfermería Clínica 2002; 12 (3):104-8.Disponible en: <http://www.doyma.es>.(Consultado el 26 de Agosto de 2006)
- 334 Cánovas Tomás, Miguel Ángel. Trabajo e ideología de género: un análisis antropológico de la enfermería en Murcia. Enfermería Global Nº 2004. Disponible en <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/550/570>. Consultado el 6-5-09
- 335 North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) Diagnósticos Enfermeros de la NANDA .Definiciones y Clasificación 2003-2004.Harcourt. Madrid. 2003
- 336 Maccloskey Bulechek, Gloria .clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC 2ª ed. Harcourt. Madrid ,2001
- 337 Johnson, Marion, Mass M, Morread S, Anderson M, Aquilino M, Belliner S. Clasificación de resultados de enfermería (CRE). 2ª ed. Madrid: Mosby, 2003.
- 338 Duarte Climents, Gonzalo; Montesinos Alfonso, nieves .El consenso como estrategia de implementación del diagnóstico enfermero, valoraciones estandarizadas y selección de etiquetas diagnósticas. Enfm. Clínica (1999(4)142
- 339 Piqué Prado, Eva. Proyecto de mejora de la calidad en el proceso de Atención de Enfermería. Enf. Cientf 2010;218-219.PP.:43-45
- 340 Ibídem Rodríguez García, Marta; Martínez Miguel, Esther; Tovar Reinoso, Alberto; González Hervías, Raquel; Goday Areal, Carmen; García Salinero, Julia. 2009 ,PP:27
- 341 Soldevilla Agreda, José Javier. et al. Una aproximación al impacto del coste económico del tratamiento de las úlceras por presión en España. Gerokomos: Vol. 18, Nº. 4, 2007, Págs. 201-21
- 342Tapia-Valero, Carmen. Las enfermeras mejoran la salud de los pacientes crónicos. Disponible en : http://www.salud.jcyl.es/sanidad/cm/profesionales/images?locale=es_ES&textOnly=false&idMmedia=94399(Consultado el 10 de Abril de 2010)
- 343 Laurant M, Reeves D, Hermens R, Bras penning J, Grol R, Sibbald B. Sustitución de médicos por enfermeras en la atención primaria (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3.Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). (Consult do el 6 de Julio de 2009)
- 344 Horrocks, Sue; Anderson, Elisabeth; Salisbury, Chris. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. BMJ. 2002; 324:819-23.
- 345 Brugués Alba, Peris Antoni, Martí Laurentino, Flores Gemma. Abordaje de la demanda de visitas espontáneas de un equipo de atención primaria mediante una guía de atención de enfermería. Aten Primaria. 2008; 40:378-91.
- 346 Federación de asociaciones de enfermería familiar y comunitaria .doc. especialidad FAECAP 2001. Disponible en : http://www.semap.org/docs/documentos_semap/especialidad_enfermeria_salud_comunitaria.pdf (Consultado el 17 de Marzo de 2013)
- 347 Lalanda, Mónica. De Okupas, Efer-mesas y Nurse Practitioners. ENE. Revista de Enfermería. 5(3):69-72 Disponible en: <http://enfermeros.org>. <(Consultado el 12 Abril de 2010)
- 348Germán Bes Concha. Enfermera sí pero no así. Mujer y Salud 2010;(27-28):23-26.
- 349 Leal Negre, Mireia; Alvarado Montesdeoca, Carles; Domenech Rodríguez, Cecilia; Garijo Borja, Ana; Moreiras López, Sonia Consulta de enfermería de alta resolución en atención primaria Rev. ROL Enferm 2011 34(9):32-39

-
- 350 Grupo Técnico de Mejora, departamento salud Atención Primaria Navarra. Plan de mejora de calidad de atención primaria de Navarra 2009- 2012 Disponible en : http://www.semfy.es/pfw_files/cma/Informacion/modulo/documentos/acuerdo-navarra.pdf (Consultado el 17 de marzo de 2013)
- 351 Ley 28/2009, de 30 de diciembre, de modificación de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. BOE 22 Dic. 2009
- 352 DECRETO 307/2009, de 21 de julio, por el que se define la actuación de las enfermeras y los enfermeros en el ámbito de la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía BOJA núm. 151 del 5 de agosto 2009.
- 353 Enfermundi El TSJA levanta la suspensión sobre la prescripción enfermera. Disponible en :http://www.enfermundi.com/andalucia/EnfFacul/Enf_133.pdf.(Consultado 17 de marzo de 2013)
- 354 Sinobas Elena, Cardeñoso Pilar; Herreros, Rocío. La actividad domiciliaria de la enfermedad rural. Nuberos Científica 011-2012 ; 1(5):18-21
- 355 Luque Ortega, Yolanda; Contreras Fariñas, Raquel; Torralba Albella, Juan; Moreno Verdugo, Ana; Granados Matute, Ana Eva; López Rodríguez, Luis Revisión bibliométrico sobre Gestión de casos en España. Evidentia 2011 ; 8(34)
- 356 Álvarez Soto, Cristina; Berenguel Gil, Isabel Sofía; López Arquillos, M^a Ángeles; Navarro Torrente, M^a Dolores; Román Martín, Diego. La gestión del cuidado como garantía de resultados. EGEH 2008 ; (8):20-24
- 357 Gonzalo Jiménez, Elena; Toral López, Isabel, Ruiz Barbosa, Carmen; Martín Santos, Francisco Javier; Morales Asencio, José Miguel. Estrategias de mejora de la atención primaria en Andalucía. Biblioteca Las casas, 2007; 3(2). Disponible en: <http://www.index-.com/lascasas/documentos/lc0228.php>(Consultado el 20 de Marzo de 2013)
- 358 De Paz, Dolores; Galdeano, Nicolás; Garrido, Maribel; Lacida, Manuela; Martín Rosario; Morales, José Miguel; Pérez, Rosa ; Sánchez, Nieves; Terol, Javier .Continuidad de cuidados entre atención primaria y atención especializada Biblioteca Lascasas 2007 3(2) Disponible en :<<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0228.php>>(Consultado el 20 de Marzo de 2013)
- 359 Andalucía Decreto 137/2002, de 30 de abril ,de apoyo a las familias andaluzas .Conserjería de la Presidencia de la Junta de Andalucía (BOJA nº 52)
- 360 Batres Sicilia, Juan Pedro. De la precisión de cuidados a los cuidados imprescindibles. Las enfermeras gestoras de casos en Andalucía: la enfermera comunitaria de enlace Rev. ADN Sanit. 2009;7(2):313-22
- 361 Pérez Hernández, Rosa M; López Alonso, Sergio Romeo; Lacida Baro, Manuela y Rodríguez Gómez, Susana. La enfermera comunitaria de enlace en el Servicio Andaluz de Salud. Enferm Comunitaria (Gran). 2005; 1(1). Disponible en: http://www.index-f.com/comunitaria/1revista/1_articulo_43-48.php(Consultado el 13 de Nov. de 2010)
- 362 Pineda del Río, Ana Isabel; Sánchez Roble, Mariano .Análisis de presunto intrusismo profesional en el ámbito del trabajo social sanitario: la enfermera de enlace .Trab. Soc. y Salud -Esp. 2006 ; 55:149-161
- 363 Liébana Fernández, José Luis,; Nieto Muñoz, María José; Castillo Quintero, Antonia; Quero Cabeza, Aurora y Rodríguez Muñoz, Juana. Hábitos de alimentación de la población atendida por las enfermeras comunitarias de enlace. Rev. Paraninfo Digital. 2007; Año 1(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n2/095.php>(Consultado el 19 de Junio de 2013)
- 364 Godoy Cano, José Andrés; Godoy Cano, Antonia; Nájera Ruiz, Antonia; Martín Sánchez, M^a Carmen. Trabajando unidos en promoción de salud y prevención de escaras Rev. Paraninfo digital 2008 Año 2(3) Disponible en: <<http://www.index-f.com/para/n3/p143.php>>(Consultado el 19 de Junio de 2013)
- 365 Rivas Cerdeira, Rosa M^a; Cantarero Lafuente, Lourdes; La Orden Macorra, María Jesús; Reina García, María del Mar; Burgos Gorjón, María Ángeles; Páez Fernández, Antonia; Díaz Rico, M^a Ángeles. Eficiencia de una intervención de las enfermeras de enlace en la prescripción de absorbentes Metas Enferm 2007 ;10(8):28-31
- 366 Mancha Parrilla, Mariluz, Ramírez Jiménez, Rita, Larrubia Ramos, Concepción, Rodríguez Alcázar, Miguel Ángel, Arango Ortega, Juana y Báez Cabeza, Antonio. Absorbentes: racionalizamos su prescripción. Evidentia. 2006; 3(7). Disponible en: <http://WWW.Index-f.com/Evidentia/n7/216-2articulo.php> [ISSN: 1697-638X]. (Consultado el 19 de Junio de 2013)
- 367 Alcántara González, Miguel Ángel; Brea Ruiz, M^a Teresa; Flores Gómez, Julián; Ortiz Castro, Rosario; López, Begoña Intervención de la Enfermera Comunitaria de Enlace (ECE) en las ZBS de Bermejales y Bellavista (Sevilla) durante el Plan de

Prevención de la Ola de calor de 2004 Evidentia 2006 ; 3(7).Disponible en: [http://WWW .Index-f.com/evidentia/n7/216-2articulo.php](http://WWW.Index-f.com/evidentia/n7/216-2articulo.php) [ISSN: 1697-638X]. (Consultado el 19 de Junio de 2013)

368 García, L; Pérez, FJ y León, Mª M. Análisis descriptivo de la población atendida por los enfermeros comunitarios de enlace en el distrito bahía de Cádiz La Janda. En: Asociación Nacional de Directivos de Enfermería. 17 Jornadas nacionales de supervisión de enfermería: enfermeras gestoras, retos y propuestas de futuro (Córdoba, 7,8 y 9 junio 2006). Valencia: Asociación Nacional de Directivos de Enfermería, 2006. POS_031. Póster. C 27-Nº17.

369 Rodríguez Gómez, Susana; Lacida Baro, Manuela; Caballero Algarín, Mª del Mar; García Aguilar, Rocío A; Pérez Hernández, Rosa Mª; López Alonso, Sergio R. Manual de la Gestión de Casos en Andalucía: Enfermeras Gestoras de Casos en Atención Primaria Biblioteca Lascasas 2007;3(2).Disponible en : <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0245.php>(Consultado el 19 de Junio de 2013)

370 Hidalgo Gutiérrez, Francisco. Enfermera gestora de casos. Inquietudes. 2008; XIII (38):2.

371 Gonzalo Jiménez, Elena; Toral López, Isabel; Ruiz Barbosa, Carmen; Martín Santos, Francisco Javier; Morales Asencio, José Miguel .Estrategias de mejora de la atención primaria en Andalucía Biblioteca Lascasas 2007;3(2) Disponible en : <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0228.php>(.Consultado el 19 de Junio de 2013)

372 Arispón García, Carmen; Navajas Rodríguez de Mondelo, Nuria; Benítez Pulido, Juan José. La planificación del alta por las enfermeras gestoras de casos a pacientes frágiles, con incidencias traumatológicas, evita el reingreso .Info-tr@um@ 2009; 13:12-15

373 Puig Girbau, Nuria; Lladó Blanch, Mª Magdalena. Protocolo de actuación ENLACE-PREALT .Metas Enferm 2011 ; 14(6):8-12

374 García Fernández, Francisco Pedro; Carrascosa García, María I; Rodríguez Torres, María C; Gila Selas, Carmen; Laguna Parras, Juan M; Cruz Lendínez, Alfonso J. Influencia de las Enfermeras Gestoras de Casos hospitalarias sobre la preparación de las cuidadoras para asumir el cuidado domiciliario. Gerokomos 2009 dic. 20(4):152-158

375 Ministerio de Sanidad y Consumo Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

376 Zamora Sánchez, Juan José; Martínez Luque, Rosa; Puig Girbao, Nuria; Lladó Blanch, Magda; Quílez Castillo, Francisco Programa de continuidad de cuidados al alta en una unidad de hospitalización a domicilio Metas Enferm 2009 abr. 12(3):23-30

377 Gallego Caminero, Gloria; Alorda Terrassa, Carmen; Miró Bonet, Rosa; Miró Bonet, Margalinda. Seguimiento de un caso clínico en hospitalización a domicilio: una nueva alternativa Enferm Clínica 2008;18(6):321-25

378Reyes Melián, Juana Mª; Duarte Climents, Gonzalo; Izquierdo Mora, Dolores. Análisis de la situación y líneas de desarrollo en enfermería de atención primaria. Junio 1998-septiembre 1999 Biblioteca Las casas 2006 Disponible en : <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0099.php>(Consultado el 19 de Junio de 2013)

379Valderrama Martín, Antonia Beatriz; Pujazón Rodríguez, Rocío; Romero González, José María; Córdoba Gómez, Juan Sectorización Enfermera en la Zona Básica de Huelva. Biblioteca Las Casas 2008;4(2) Disponible en :<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0325.php>(Consultado el 19 de Junio de 2013)

380 Ibidem Pedraz Marcos, Azucena; Ramírez Schacke, Margarita; Oter Quintana, Cristina; Palmar Santo, Ana; Martín Robledo, Elena. 2007PP: 6.

381 Ibídem Bernabéu Mestre, Josep; Gascón Pérez, Encarna. 1995, 151-176.

382 Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, por el que se regula la obtención del título de Enfermero especialista. B.O.E. núm. 183, 1 agosto 1987

383Asociación de enfermería comunitaria. Memoria justificativa de la especialidad en Enfermería de Salud Comunitaria. Disponible en:<http://www.enfermeriacomunitaria.org/documentacion/especialidad.html>.(Consultado el 13 de Abril de 2010)

384Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria. Justificación de la necesidad de desarrollo de la Especialidad de Enfermería de Salud Comunitaria. Biblioteca Lascasas, 2005; 1. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0060.php>.(Consultado el 13 de abril de 2013)

385 Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE núm. 280: 41442- 41458

-
- 386 Abad Bassols Ángel El camino hacia la especialidad de Enfermería de Salud Comunitaria Disponible en : http://www.seapremur.com/ponencias%20vi%20jornadas/camino_hacia.htm(Consultado el 5 de Agosto de 2013)
- 387 Ley 55/2003 Estatuto Marco del personal de los servicios de salud BOE 301 44742 - 44763
- 388 Real Decreto 450/2005 sobre especialidades en Enfermería. BOE 108: 15480-15586.
- 389 Heierle Valero, Cristina. La especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Enfermería Comunitaria (Rev. digital) 2009, 5(2). Disponible en : <http://www.index-f.com/comunitaria/v5n2/ec0052.php> (consultado el 15-3-2010)
- 390 Ibidem Real decreto 450/2005
- 391 Romero, Gema. Por fin hay comisiones nacionales de especialidades Enferm Facultativa -Esp- 2007 abr. XI(105):10
- 392 Real decreto 1393/2007, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. BOE 260:44037-44038. Deroga el RD 55/2005 y el RD 56/2005 (sin perjuicio del periodo transitorio hasta el 2015).
- 393 Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero. BOE. 174: 31680- 31683
- 394 Barrado Narvi6n, M^a Jes6s; Gonz6lez de la Cuesta, Delia; Mainer Sanmart6n, M^a Paz; L6pez Ibort, Nieves; Bara Mach6n, Gloria. La formaci6n de postgrado en enfermer6a: Rompiendo el techo de cristal. Tesela [Rev. Tesela] 2010; 7. Disponible en: <http://www.index-f.com/tesela/ts7/ts7050.php> (Consultado el 23 de Mayo de 2013)
- 395 Ley Org6nica 4/2007, de 12 de abril, por la que se modifica la Ley Org6nica 6/2001 de 21 de diciembre de Universidades
- 396 Real Decreto 1125/2003, de 5 de septiembre. Establece el sistema europeo de cr6ditos y el sistema de calificaciones en las titulaciones universitarias de car6cter oficial y validez en todo el territorio nacional. Bolet6n Oficial del Estado, n^o 224, (18-9-2003
- 397 Real Decreto 1393/2007 de 29 de octubre, por el que se establece ordenaci6n de las ensefanzas universitarias oficiales. Deroga el RD 55/2005 y el RD 56/2005 (sin perjuicio del periodo transitorio hasta el 2015).
- 398 Real Decreto 1044/2003 de 1 de agosto por el que se establece el procedimiento para la expedici6n por las universidades del Suplemento Europeo al T6tulo.
- 399 Real Decreto 900/2007, de 6 de julio por el que se crea el Comit6 para la definici6n del Marco Espaol de Cualificaciones para la Educaci6n Superior
- 400 Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenaci6n de las ensefanzas universitarias oficiales.
- 401 Germ6n Bes, Concha .Tuning. La Sinton6a Enfermera para el Espacio de Educaci6n Superior. Rev. Rol Enferm. 2004; 27(10): 49-56.
- 402 Germ6n Bes, Concha. Tuning [Internet]. 2003. Disponible en: <http://www.unizar.es/enfez/> Consultado el 12 de Abril de 2012.
- 403 Bernu6s V6zquez, Lu6s y Peya Margarita. 2004. Libro Blanco de enfermer6a. Madrid: ANECA. Disponible en : http://www.aneca.es/var/media/150360/libroblanco_jun05_enfermeria.pdf(Consultado el 5 de Agosto de 2013)
- 404 Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenaci6n de las profesiones sanitarias. Bolet6n Oficial el Estado, n^o 280. 41442- 41458
- 405 Gonz6lez Jurado, M6ximo A. El compromiso de la Enfermer6a con la Sociedad Rev. Admr. Sanit. 2009;7(2):221-30
- 406 L6pez Morales, Manuel La Enfermer6a Comunitaria, Especialista con FAECAP. VI Congreso Nacional de Enfermer6a de Atenci6n Primaria Asturias, 1,2 y 3 de Octubre 2009. Disponible en : http://www.pacap.net/es/noticias/seapa_programa_mayo09_00.pdf. (Consultado el 12 de Nov. de 2010)
- 407 Ibidem Heliere Valero, Cristina 2009
- 408 Ministerio de Educaci6n .Resoluci6n de 17 de julio de 2009, de la Secretar6a General de Universidades, por la que se establecen las bases de la convocatoria de la prueba objetiva prevista en la disposici6n transitoria segunda del Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermer6a. BOE N6m. 182 Mi6rcoles 29 de julio de 2009 Sec. III. P6g. 64940
- 409 Asociaci6n de Enfermer6a Comunitaria. Sentencia favorable a la Especialidad de Enfermer6a Familiar y Comunitaria Disponible en : <http://enfermeriacomunitaria.org/web/menu-principal-item-asociacion/comunicados/347-aec.html> .(Consultado el : 31 de Marzo de 2013)

- 410 Asociación de Enfermería Comunitaria. Mi primer año de residencia. Disponible en : <http://enfermeriacomunitaria.org/web/blog-del-residente/478-primer-ano-de-residencia.html>.(Consultado el 31 de Marzo de 2013)
- 411 Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC).El Defensor del Pueblo Andaluz admite a trámite la queja de los residentes jerezanos .Disponible en: <http://enfermeriacomunitaria.org/web/>(Consultado el 31 de Marzo de 2013)
- 412 Díaz Ruiz, Rosa. El Sespa sigue formando a especialistas de enfermería que no reconoce. La Nueva España 12 de Marzo de 2013
- 413 Amezcua Manuel. Índex y Enfermería Comunitaria. Enferme Comunitaria (Rev. digital) 2007, 3(1). Disponible en: <<http://www.index-f.com/comunitaria/v3n1/ec2887.php>>(Consultado el 2 de Marzo de 2013)
- 414 Amezcua M. La Fundación Índex y la promoción de la investigación enfermera. Enfermería Global, 2003; 2 Disponible en :<http://www.um.es/eglobal/>(Consultado 5 de Febrero de 2013)
- 415 Asociación de Enfermería Comunitaria. Disponible en : http://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/158/AEC_DOSSIER.pdf (Consultado el 29 de Marzo de 2013)
- 416 Asociación de Enfermería Comunitaria. Memoria justificativa de la especialidad en Enfermería de Salud Comunitaria. Disponible en :<http://www.enfermeriacomunitaria.org/documentacion/especialidad.html>.(14 de Febrero de 2012)
- 417 En el apartado de la producción científica abordaremos más detalladamente el tema de las publicaciones específicas de enfermería comunitaria.
- 418 Federación de Asociaciones de Enfermería Familiar y Comunitaria. Curso de Actualización de conocimientos en Enfermería Familiar y Comunitaria: Atención a la Comunidad, Gestión e Investigación. CCOO FAECAP 2011

V.2 .Producción Científica de la Enfermería Comunitaria 2005-2011

Hemos organizado los resultados en tres grandes puntos: El contexto de la producción, las etapas y los temas emergentes. Siendo este último el más extenso. Terminamos con una discusión acerca de los cambios que se han producido en este estudio con respecto a estudios anteriores.

V.2.1. El Contexto de la Producción y Difusión Científica en Enfermería Comunitaria

La producción científica constituye un indicador indispensable para medir el grado de desarrollo alcanzado por una profesión o una especialidad profesional. Como hemos podido ver en anteriores capítulos, tanto la sociedad española como la enfermería han evolucionado acorde a los acontecimientos históricos y a las características socio-demográficas de la sociedad. Lógicamente, las inquietudes profesionales y científicas o investigadoras de las enfermeras también han variando con el paso del tiempo. Conocer la evolución de los temas y problemas que han acaparado la atención investigadora en enfermería comunitaria, las revistas que han contribuido a su difusión, los recursos utilizados para la investigación, los tipos de estudios o grupos de trabajo que se han configurado y las instituciones y puestos laborales que han contribuido a ello, ha sido el objetivo de nuestra investigación bibliográfica.

Hay una tradición de publicaciones enfermeras –entonces conocidas de “practicantes”- que se remontan al siglo XIX, como sabemos por las investigaciones del enfermero y documentalista Carlos Álvarez Nebreda recogidas en su libro «Catálogo Bibliográfico de Publicaciones Enfermeras (1541 - 1978)», editado por el Colegio Oficial de Diplomados en Enfermería de Madrid (2008)⁴¹⁹. A los profesionales de la enfermería, tanto a los practicantes como a las enfermeras, les ha costado publicar sobre sus experiencias prácticas clínicas o sanitarias, mucho más que a los médicos de la misma especialidad, o los químicos e ingenieros, debido a varios factores interrelacionados. En primer lugar, porque la formación que habían recibido la mayor parte de ellas/ellos no estaba orientada a la investigación sino a la asistencia. En segundo lugar, porque la jornada laboral y su productividad siempre se ha organizado en función exclusiva de la asistencia, sin contemplar la posibilidad de un doble o triple rol (docente, investigador, asistencial) como sucedió en la profesión médica desde mediados del siglo XIX. En tercer lugar porque no se ha creído que pudiera haber innovación científica en la

actividad laboral enfermera, diseñada como una actividad de servicio al enfermo, siempre auxiliar y subordinada de la médica. Así se explica que no se les ocurriera normalmente el plantear un trabajo de investigación y la posterior comunicación de los resultados en forma de artículo. Fue a partir de que los estudios de enfermería obtuvieran el rango universitario, que las enfermeras y enfermeros comenzaron a elaborar artículos científicos, primero los docentes y más tarde el resto de profesionales.

Las enfermeras españolas comenzaron publicando sus trabajos en las que hoy son ya «revistas clásicas» de la enfermería, como: *Rol*, *Nursing*, *Enfermería Clínica*, *Metas*, *Índex*, etc. Con el tiempo aumentó el número de publicaciones periódicas. Luego el fenómeno Internet posibilitó la creación de publicaciones en formato digital y provocó la aparición de otras revistas electrónicas pertenecientes a diferentes entidades como *Enfermería Global* (Universidad de Murcia), *Nure* (Fundación FUDEN), *Cultura de los cuidados* (Fundación Index) u otras que publican artículos de temática general de enfermería que incluyen los del área de Enfermería Comunitaria. Debemos destacar que una de las instituciones que dio gran impulso a la investigación fue la Fundación Index que comenzó su andadura en la década de los noventa y creó la bases de datos bibliográficos 'Cuiden', la más importante en el ámbito Iberoamericano y de obligada consulta para investigadores del área enfermera. Hoy Index engloba más de veinte revistas integradas dentro del grupo Cantárida.

Respecto a las publicaciones periódicas específicas de Enfermería Comunitaria, es preciso indicar que la Fundación Index fue la pionera en poner en marcha una revista centrada en este campo. En el año 1992 su junta directiva se planteó editar una revista de la especialidad de Enfermería comunitaria, pero el proyecto no llegó a materializarse por diferentes circunstancias, dándose prioridad a la revista *Índex de Enfermería* que asumió la función de difundir la actividad investigadora en enfermería comunitaria mediante la publicación de números monográficos como: "El diabético: una década de cuidados en España", "La Visita Domiciliaria", "El Sistema Informal de Cuidados", "El arte de los Autocuidados", "El anciano en casa: los cuidados y los cuidadores", etc. Pero en 2004, y a través de su Grupo de Investigación en Enfermería Comunitaria (INVESCOM), comenzó a publicarse la Revista *Enfermería Comunitaria*⁴²⁰, en edición digital, con una periodicidad semestral y de ámbito internacional.

Las asociaciones científicas también comenzaron a publicar sus propias revistas. La Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC) publicó el *Boletín de Enfermería Comunitaria* (BEC) desde

1995 hasta 2002. Éste *Boletín* tenía carácter semestral y en 2004 se convirtió en lo que hoy es la *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria* (RIDECA), pudiendo los socios consultarla en la página web de la asociación, destinada a difusión de artículos del ámbito clínico, de gestión, docente o investigador⁴²¹.

En 2005, la Federación de Asociaciones de Enfermería Familiar y Comunitaria (FAECAP), por su parte, puso en marcha la revista de *Enfermería Comunitaria*. Sin embargo, contó con pocas ediciones debido a que la organización decidió modificar su enfoque y su nombre y transformarla en revista de *Enfermería Familiar y Comunitaria*⁴²². El objetivo de esta nueva publicación era doble: por una parte pretendía ser una publicación científica o de investigación y, al mismo tiempo, facilitar el acceso a créditos de formación continuada que el nuevo marco legislativo de las especialidades planteaba en las enfermeras comunitarias.

V.2.2. *Grandes Etapas de la EC. Estudios Cuantitativos: 1984-2004: 2005-2011*

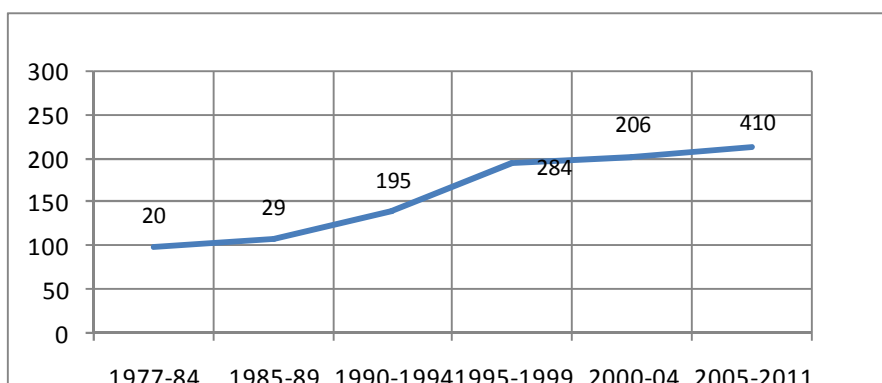
Una serie de estudios bibliométricos han mostrado cómo la producción científica de las Enfermeras Comunitarias (EC) ha ido progresivamente en aumento. En 1997, González Soriano M. y Risco Otaolauruchi⁴²³ publicaron en la revista *Enfermería Clínica* un estudio en el que analizaban la evolución de los artículos de Salud Pública y Enfermería Comunitaria publicadas entre 1986 y 1996. En 2001, Alberto Gálvez Toro analizó la producción científica de la enfermería española en *Atención Primaria*⁴²⁴ y en 2006, Concha Germán⁴²⁵ analizó en su tesis doctoral la producción científica de la Enfermería Comunitaria desde 1977 hasta 2004. Tres años después, en 2009, publicamos con esta misma autora un artículo con los resultados de nuestro análisis de la producción científica de la Enfermería Comunitaria en España desde 1977 a 2009⁴²⁶.

De acuerdo con los estudios bibliométricos previos y la consideración del papel que tiene la creación de sociedades y órganos de producción y difusión del nuevo conocimiento especializado en los procesos de profesionalización, el objetivo central de nuestra investigación bibliográfica ha sido dar continuidad a la serie de estudios precedentes. Nuestros resultados completan, de este modo, el periodo de 25 años que comprende la historia de la Enfermería Comunitaria desde la puesta en marcha de la reforma de la Atención Primaria en la profesión enfermera. Exponemos, a continuación, los resultados del análisis cuantitativo y

cualitativo realizado, mostrando las principales características de la producción científica en enfermería comunitaria durante el período comprendido entre 2005 y 2011.

El número de artículos encontrados sobre temas de Enfermería Comunitaria y publicados en el período comprendido entre 2005 y 2011 es de 2.429, en el conjunto de los 43.826 artículos registrados sobre enfermería, lo que supone la producción científica de esta especialidad se sitúa en tono al 5% (5.54%) en este último periodo. La comparación con los quinquenios (u otros periodos anteriores) demuestra la progresividad como puede verse en la gráfica siguiente:

Gráfica 1-Evolución cronológica de la producción científica en Enfermería Comunitaria.



Fuente: elaboración Propia

De acuerdo con los criterios de inclusión utilizados para este análisis, que se limita a la producción estrictamente científica como se indicó en metodología, hemos analizado un total de 410 trabajos, lo que nos muestra un incremento de la productividad. Los años más productivos fueron 2006, 2007 y 2008, con 86, 70 y 89 artículos respectivamente, lo que supone el 58% del quinquenio. Mientras que en el primero y último de esta serie se produjeron una media de 40 artículos por año.

En términos generales, la producción científica del último quinquenio casi se ha duplicado, aunque la comparación precisa no resulta fácil por la falta de homogeneidad de los datos precedentes. En relación en los datos aportados por Germán sobre el quinquenio anterior, observamos, que la producción está estable, en una media de 19 artículos por revista. En su estudio, ella contabilizó los datos de cinco revistas (*ROL; Enfermería Científica, Enfermería Clínica, Atención Primaria e Índice*) y durante el quinquenio 2000-2004 contabilizó 99 artículos en dichas revistas. Nosotros entre 2005-2011 hemos encontrado 410 artículos en las 21

revistas que hemos revisado sistemáticamente. Los datos cuantitativos demuestran un incremento en el número de publicaciones, se correlaciona con la aparición de las nuevas revistas digitales a partir del año 2005.

Las revistas que difundieron esta producción se muestran en la siguiente tabla. Destaca el relevante papel que en esta especialidad desempeñan las revistas digitales sobre las clásicas de papel, y las no especialistas en el tema de Enfermería Comunitaria, como son: *Evidentia* con (74 artículos) y *Parainfo Digital* (73 artículos), ambas perteneciente a la hemeroteca digital Cantárida editadas por la Fundación Índex. No aparecen en nuestros resultados las revistas publicadas por las sociedades científicas, como RIDEC o *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria*, de la Asociación de Enfermería Comunitaria, o *Enfermería Familiar y Comunitaria* (EFC), de la Federación de asociaciones de enfermería comunitaria, ya que no están indexadas en Cuiden.

Tabla 7- Revistas que publican la producción científica en Enfermería Comunitaria (2005-2011)

REVISTA	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total
Evidentia	8	45	17	2	3		1	74
Parainfo D			17	48	1	2	5	73
Enf COM	8	7	5	7	5	5	8	45
Otros	9	8	4	3	7	3	10	43
Metas	2	6	6	6	8	5	3	36
Enf. Clínica	5	2	2	5	3	1	4	22
Rol	1	4	3	1	4	4	3	20
Bibl. Lascasas	1	0	8	1	3	5	1	19
Educare 21	1	2	1	1	3	4		12
ENE		1	2	3	2	1	2	11
En Global	2	2	2		3		1	10
NURE INV		4		3	2			9
Index		2		3	1	2		8
Tesela			2	2	2		1	7
Nursing		1		1	4			6
Hygia		1	1	1	1		1	5
Gerokomos				1	1		1	3
Invest & Cuid	1				1		1	3
Calidad Asist.		1						1
Cultura Cuidados		1			1			2
Temperamentvm	1			1				1
Total	38	87	70	89	55	32	42	410

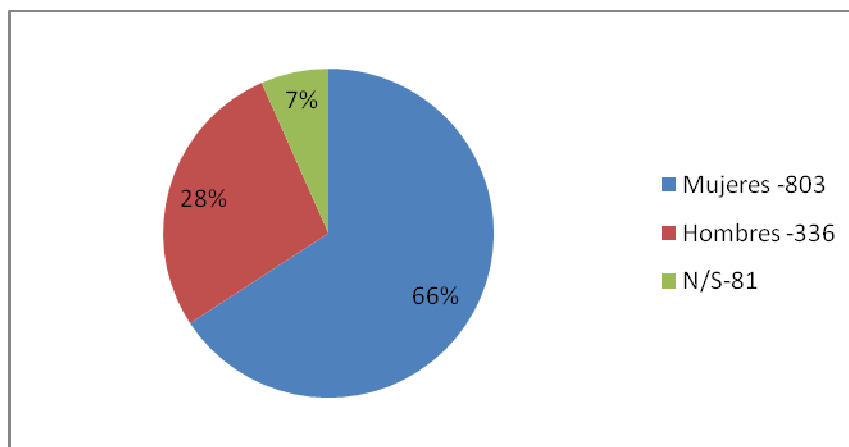
FUENTE: base de datos CUIDEN. Elaboración propia.

En cuanto a la evolución temporal del modelo de difusión de este nuevo conocimiento y la variaciones en la participación de las revistas, hemos comprobado que la revista que publica

mayor número de artículos ya no es la *Revista Rol de Enfermería*, como ocurría en los años ochenta según el trabajo de González Soriano⁴²⁷, sino que en el último quinquenio la *Revista Evidentia y Paraninfo Digital* son las que concentran mayor cantidad de artículos. Sin embargo, el cambio más significativo es la aparición de una revista específica cuyo título coincide con la materia y la especialidad: *Enfermería Comunitaria*, mientras que otras revistas ya no publican artículos de enfermería comunitaria, siendo el caso más llamativo el de la revista *Enfermería científica* que lo hizo durante todo el periodo 1977-2004, según los estudios de Glez. Soriano, Gálvez Toro y Germán, y en una proporción reseñable: en el estudio de Glez. Soriano el 36.93% es decir 89 artículos entre los años 1984 y 1993 correspondían a esta publicación y en el Germán aparecían 110 artículos entre 1980-2004. En la base de datos Dialnet, aparece como final de esta publicación dos números en el año 2005.

La mayoría de los autores de los 410 artículos circulantes en Cuiden analizados son mujeres (gráfica 2), en realidad las mujeres duplican a los hombres en tanto que autores de publicaciones en enfermería comunitaria.

Gráfica 2- Autores y autoras de la producción científica en Enfermería Comunitaria (2005-2011)



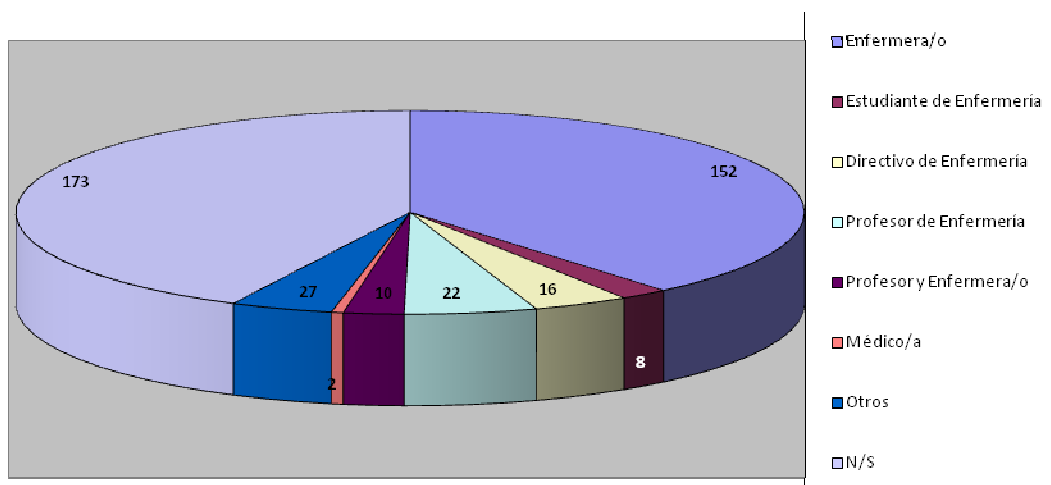
FUENTE: base de datos CUIDEN. Elaboración propia.

Este resultado, no es de extrañar dado que la enfermería es un colectivo formado mayoritariamente por mujeres. Este hecho supone un gran avance desde el punto de vista de la incorporación de mujeres a la investigación, pero todavía persisten signos de desigualdad de género en la productividad, pues los autores que tienen mayor número de publicaciones son hombres.

Este es un hecho que no consta en los anteriores estudios, no porque no hubiera diferencias significativas sino porque, al no incorporar la perspectiva de género, no se ofrecieron datos desagregados por sexo. Consideramos importante consignarlo en nuestro estudio dada la dificultad que las mujeres encuentran para compaginar su actividad laboral, familiar e intelectual, y porque viene a confirmar la tendencia ya observada en otros campos sanitarios a dedicar el tiempo laboral excedente de forma diferenciada: los hombres a la investigación y las mujeres a la relación con el enfermo/usuario⁴²⁸.

La distribución de las autoras o autores según su profesión u ocupación laboral muestra que la mayor parte son enfermeras/os, seguidas de profesores, si bien falta esta información en un considerable número casos (tabla 3).

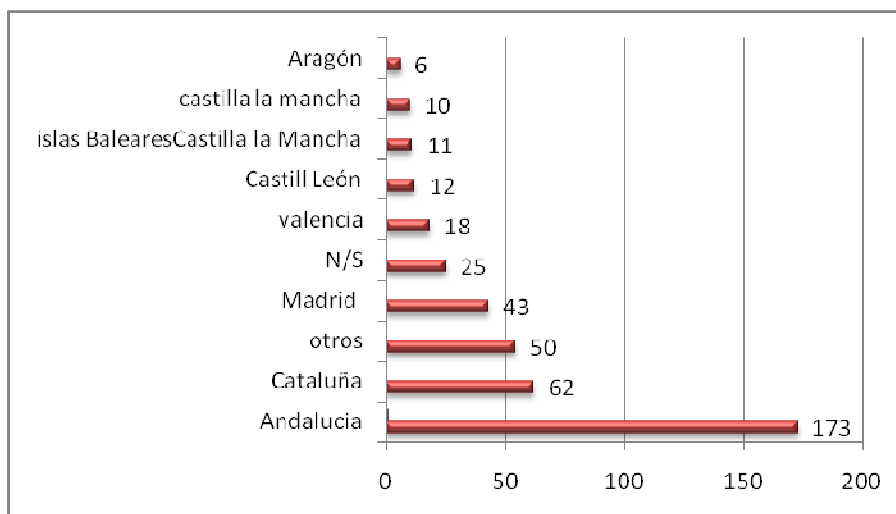
Gráfica 3- Perfil profesional de los autores de publicaciones en Enfermería Comunitaria (2005-2011)



FUENTE: base de datos CUIDEN. Elaboración propia

El análisis de la filiación institucional en base a la dirección profesional consignada en los artículos y su distribución por comunidades regionales muestra que el mayor porcentaje de la producción científica se localiza en Andalucía, seguido de Cataluña y Valencia como puede observarse en la siguiente gráfica (Gráfica 4). La aportación andaluza supone el 41,88% del total de lo publicado en España, triplicando casi la contribución de Cataluña, la segunda comunidad en productividad, cuyos 62 trabajos suponen la sexta parte del total (15,01%), produciendo la valenciana el 10%. La productividad de estas tres comunidades es muy superior, como puede verse, a cualquiera de las restantes comunidades españolas.

Gráfica 4-Comunidades regionales productoras de la información sobre Enfermería Comunitaria (2005-2011)

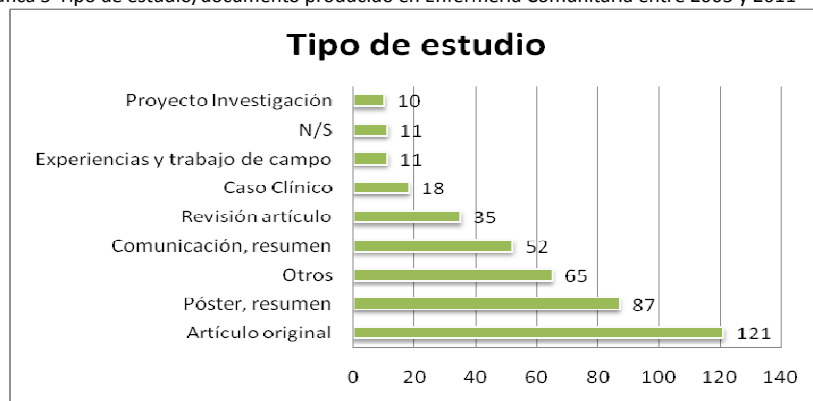


FUENTE: base de datos CUIDEN. Elaboración propia.

La comparación con los datos bibliométricos de etapas anteriores demuestra que las comunidades más productivas siguen siendo las de Andalucía, Cataluña, Valencia y Madrid, de acuerdo con los datos obtenidos por González Soriano y colaboradores⁴²⁹. Ellos planteaban la posibilidad de realizar nuevos estudios analizando el número de colegiados de cada comunidad autónoma, y estamos de acuerdo en que son necesarios más estudios que analicen esta situación en profundidad. Su hipótesis era que estas Comunidades Autónomas cuentan con mayor número de colegiados. Nosotros coincidimos en que por el hecho de ser comunidades más pobladas pueden tener mayor número de colegiados, pero consideramos que además pueden concurrir otras circunstancias que lo justifiquen. Por un lado, puede repercutir la influencia de la Fundación Index en el territorio andaluz y, por otro, coincide con que las principales innovaciones llevadas a cabo en Enfermería Comunitaria, como son la Enfermería de Enlace y la “prescripción enfermera” se han desarrollado más en la comunidad andaluza. Nadie duda de que su influencia y su modelo hayan influido en el resto de enfermeras en todo el país.

Respecto al tipo de documento, la mayoría de los trabajos publicados son resúmenes de los posters y comunicaciones a congresos, seguido de los artículos originales. (Gráfico 5). En cuanto a la metodología, predominan los estudios descriptivos y toman fuerza los estudios con metodología cualitativa y estudios de casos. En los dos primeros hemos hallado 121 en total y del segundo 18, 35 fueron estudios de revisión. Por ejemplo solo se publicaron 1 estudio cuasi experimental.

Gráfica 5-Tipo de estudio/documento producido en Enfermería Comunitaria entre 2005 y 2011



FUENTE: base de datos CUIDEN. Elaboración propia.

Los trabajos realizados en colaboración son predominantes (314), aunque también hallamos artículos de autor único (70).

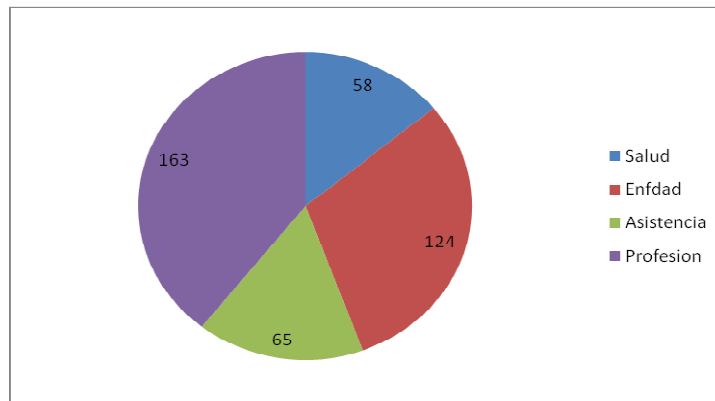
En el conjunto, los trabajos más frecuentes son los firmados por tres o más autores, que no siempre conforman equipos sólidos o estables. Los autores más prolíficos son los siguientes: 1) Pedro Ruyman Brito Brito, con ocho artículos, en los que trata sobre todo el tema de los diagnósticos y la metodología enfermera. 2) Marco Antonio Zapata Sampedro, aparece en siete trabajos sobre diferentes problemas asistenciales, como las heridas, las vacunaciones antitetánicas, el paciente anti coagulado o el hipertenso; 3) José Ramón Cerrillo Patiño, es coautor de cinco artículos, en los que se aborda sobre todo la educación diabetológica y la informatización; José Ramón Martínez Riera, publica cuatro artículos centrados en diversos temas como la enfermería escolar, la continuidad del cuidado o el proceso de enseñanza aprendizaje de la enfermería.

En el conjunto de la producción científica consideramos que se pueden identificar dos grupos de investigación estables. Uno es el formado por Morales-Asencio, J.M; Gonzalo-Jiménez; Martín-Santos, Francisco; Morilla-Herrera, Juan Carlos. Son autores de cuatro artículos en los que tratan el tema de la gestión compartida de la demanda y la prescripción. El segundo grupo identificable es el liderado por María Jesús Chorén Freire, en el que participan Felicitas Campo Vázquez, M. Ángeles Díaz Ortiz, Concepción Campo Vázquez y Miguel Gascón García. Son autores de otros cuatro artículos que tratan temas variados: informatización, estilos de vida, control del Sintrom y consejo dietético.

Para el análisis temático de la literatura sobre Enfermería Comunitaria hemos clasificado los artículos de acuerdo con criterios universales de catalogación científica, como las utilizadas en

los manuales de la asignatura de la diplomatura o grado o los manuales de especialización o en el thesaurus MeSH del clásico *Nursing Index* incluido en MedLine y accesible a través de PubMed, el conocido MeSH (*Medical Subject Headings*)⁴³⁰, y podemos observar su distribución en los cuatro grandes campos temáticos: Salud: 58 artículos; Enfermedad: 124 artículos; Asistencia: 65 artículos; Profesión: 163 artículos.

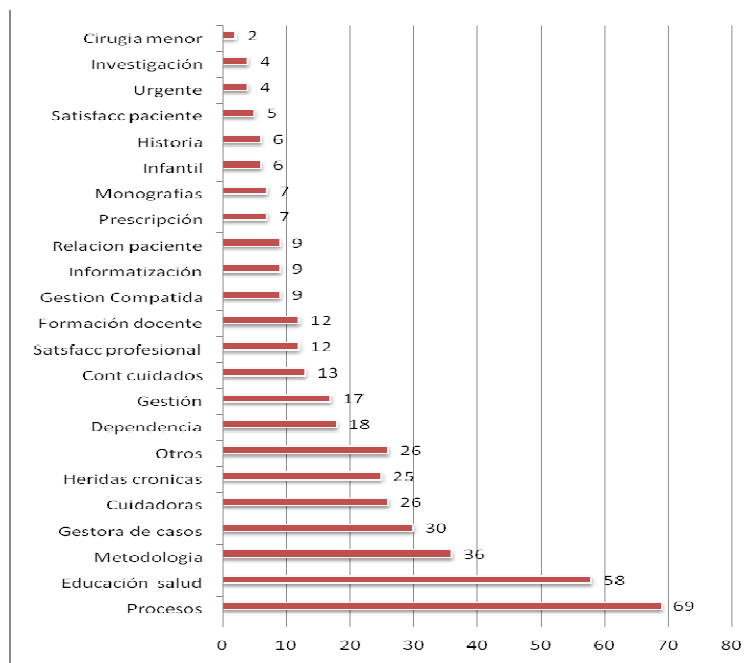
Grafico 6- Campos temáticos



FUENTE: base de datos CUIDEN. Elaboración propia.

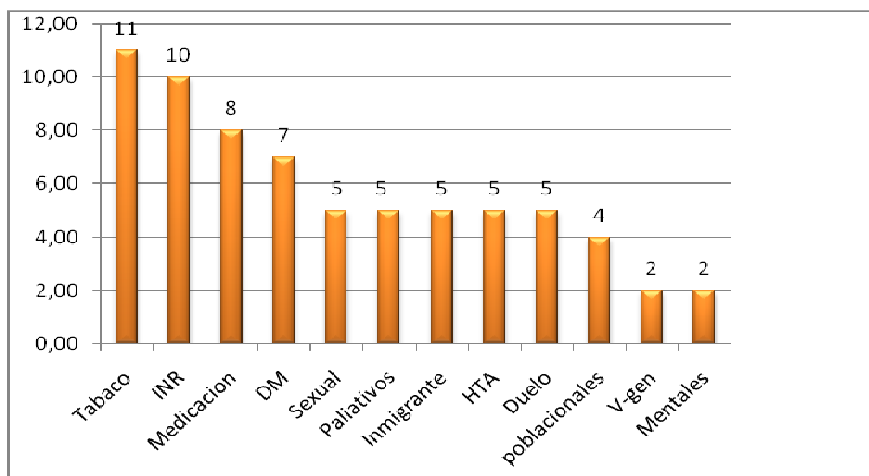
El análisis más específico de los problemas analizados en los artículos publicados en el quinquenio (2005-2011) demuestra la influencia de los cambios organizativos, las novedades en la gestión, los cambios socio-demográficos y las innovaciones técnicas en el campo temático de la investigación. De la catalogación de las publicaciones en función de los descriptores principales de cada uno han resultado 35 áreas de interés como puede verse en el siguiente gráfico.

Grafico-7- Temas encontrados la producción científica de Enfermería Comunitaria (2005-2011)



FUENTE: base de datos CUIDEN. Elaboración propia.

Grafico-8 -procesos



FUENTE: base de datos CUIDEN. Elaboración propia.

* International Normalized Ratio (INR) es una forma de estandarizar los valores obtenidos a través del tiempo de protrombina. Se usa principalmente para el seguimiento de pacientes bajo tratamiento anticoagulante.

** Hipertensión Arterial (HTA)

En cuanto a los temas o problemas prevalentes en la producción científica de la Enfermería Comunitaria, constatamos que la educación para la salud, orientada al fomento del Autocuidado y al seguimiento y atención a procesos crónicos (diabetes e hipertensión, etc.), aparecidos en los anteriores estudios de Glez. Soriano y Gálvez y Germán siguen siendo los temas estrellas. Pero aparecen otros nuevos como el manejo de Sintrom y la cirugía menor. En este último periodo aparecen muchos artículos relacionados con la atención a domicilio y la dependencia, la mayoría de ellos fruto de los trabajos de investigación llevados a cabo por las enfermeras gestoras de casos andaluzas.

Hemos podido comprobar cómo la Consulta de Enfermería, se ha consolidado y ha conseguido avanzar hasta el punto de llegar a una “gestión compartida de la demanda” y “la gestión de casos en personas dependientes”. Llama la atención que, aunque son varios los que se centran en la educación para la salud y el fomento del autocuidado en la etapa de adolescentes, el número de publicaciones dedicadas área infantil es reducido, solamente cinco artículos, teniendo en cuenta que la atención a las personas en esta etapa de la vida fue una de la principales innovaciones de la reforma la Atención Primaria, si bien es cierto que no en todas las comunidades existe una enfermera específica dedicada a esta área.

El elevado número de artículos sobre el uso de metodología enfermera y lenguajes estandarizados demuestran que se está haciendo un gran esfuerzo por encontrar una fórmula que facilite el registro de los cuidados. El tipo de documento predominante siguen siendo los artículos originales y la metodología cualitativa se ha consolidado como un método habitual en las investigaciones de enfermería, sin dejar de lado los estudios cuantitativos.

V.2.3. Los Temas Emergentes y Recurrentes: Análisis Cualitativo:

El centro de interés científico de los investigadores ha ido cambiando acorde a los acontecimientos de cada momento histórico y a los avances que se han ido consiguiendo. El análisis de temática de la producción científica de un determinado momento histórico, nos ayudará a comprender y formular teorías de los porqués de evolución de la profesión en estudio.

En este estudio hemos agrupado a información en cuatro grandes categorías temáticas, veintidós sub categorías que a su vez han sido subdivididas en mas subcategorías. La Tabla 8 nos muestra la agrupación temática.

La Tabla -8- Agrupación temática.

Agrupación temática				
Rol y Nuevas formas gestión		Proceso s atendidos		Otros
Nuevas formas gestión	Atención dependencia	Manejo diabetes Hipertensión	Anticoagulación Medicación	I Investigación
Continuidad Cuidados	Gestión Casos	Tabaquismo	Violencia Género	Satisfacción profesional
Gestión Compartida Demanda	Prescripción Enfermera	At.inmigrantes	Paliativos,Duelo	Historia
Metodolog. enfermera informatización		P.Sexualidad	P.Mentales	Formación grado
		At.Cuidadoras		Mejoras Rel/paciente Profe

Fuente: elaboración propia

V.2.3.1. El Rol Profesional y Nuevos Enfoques en la Gestión

La compleja evolución y que ha tenido la enfermería en este país, ha dado como resultado una cierta dificultad a la hora de definir cuál debía de ser su verdadero rol profesional. Esta circunstancia ha hecho que muchos enfermeros hayan dedicado un gran esfuerzo intelectual a tratar de dirimir cual ha de ser este rol, más cuando se trata de dar contenido a una nueva especialidad profesional, como la que nos ocupa en esta investigación, la Enfermera Comunitaria. Este hecho ha ido ligado nuevas demandas en materia de cuidados de salud, producidas por una sociedad en permanente cambio.

La producción científica en este tema ha sido abundante, veinticuatro artículos tratan sobre el rol profesional y plantean innovaciones en la gestión en enfermería de Atención Primaria.

En la memoria justificativa de la especialidad elaborada por la AEC, en 2001, se definían las diversas modalidades de atención enfermera y se encuadraban en tres modelos organizativos: por actividades, por Unidades de Atención Familiar (UAF) y por asignación de población por sectores geográficos⁴³¹. Tras el traspaso de las competencias sanitarias a las comunidades autónomas en todos los servicios de salud regionales, se ha intentado aplicar medidas de

mejora e innovaciones en la gestión. En varias Áreas de Salud de Atención Primaria de Madrid, Mateos Jiménez y colaboradores⁴³², tras un análisis de su situación, consideraron que era de gran utilidad en planificación estratégica del departamento de enfermería de Atención Primaria en el área nueve de Madrid, la aplicación de gestión del conocimiento en la dirección de enfermería. Otros investigadores han elaborado informes técnicos^{433,434} pero ha sido desde las sociedades científicas desde donde más se ha luchado por hacer más visible y reconocido el trabajo de las enfermeras. Su tarea ha sido una constante en la búsqueda de la evidencia científica para demostrar los resultados que la enfermería puede conseguir. La Federación de Asociaciones de enfermería familiar y comunitaria (FAECAP)⁴³⁵ elaboró un informe en el que consideró fundamental que se definiese la Cartera de Servicios que se potenciase la Gestión Compartida de la demanda asistencial, la Atención en la Comunidad, la Atención Domiciliaria, la prescripción enfermera, la incorporación de nuevas tecnologías para el cuidado, metodología del trabajo del enfermero, la enfermera como gestora de casos, la adscripción de población por enfermera y, sobre todo, mejorar la formación potenciando la enseñanza específica a través de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria.

La directora de Enfermería en la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca, también considero necesario redefinir y desarrollar las competencias de las enfermeras en Atención Primaria, la metodología de trabajo, los objetivos y las actividades necesarias para conseguirlos, los indicadores de medida de resultados, así como los profesionales responsables de cada objetivo. Plantea un plan de marketing que dé a conocer la cartera de servicios a la población y al resto de profesionales de la salud. Para ella el objetivo de la enfermera debería ser dar respuestas de salud adecuadas a la población, mejorando los conocimientos, habilidades y actitudes de las personas, para avanzar hacia el autocuidado y la responsabilidad de cada uno en su propia salud⁴³⁶.

En 2006, en el Servicio Canario de Salud, propusieron como medida de mejora la potenciación de la consulta a demanda de enfermería, el fomento de la Educación para la Salud (EPS) y de la atención a domicilio. Hicieron un estudio económico en el que comprobaron la viabilidad sobre la enfermera comunitaria de enlace⁴³⁷.

Una de las nuevas propuestas organizativas junto con la personalización de los cuidados, es la asignación de población por sectores geográficos. Consiste en la adscripción de una población residente en un área geográfica, denominado sector geográfico, a una enfermera para que

asuma los cuidados de esa población. En 2004, el Servicio Andaluz de Salud (SAS), tras la creación de la Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados, eligió dicho modelo. Los trabajos que analizan los resultados de esta nueva forma de organización describen la dinámica de puesta en marcha del proyecto tales como: una organización funcional personalizada, una agenda abierta y compatible con el trabajo dentro y fuera del centro de salud^{438,439,440,441,442}. Como dificultades encontraron resistencias al cambio de mentalidad por parte de los profesionales. Concluyendo que la sectorización geográfica puede ser un modelo para la personalización de los cuidados, que puede dar a la enfermería comunitaria más autonomía profesional. Pero para ello, enfermeras y médicos deben realizar un trabajo en equipo, en simétrica relación de responsabilidades, situando al ciudadano en el eje de su atención y por encima de protagonismos profesionales. Los usuarios se mostraron satisfechos con estos nuevos modelos organizativos⁴⁴³.

La Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, también elaboró un Manual de Acreditación de Competencias de la Enfermera de Atención Primaria en el que hay descritas 69 evidencias relacionadas con 15 competencias y 33 buenas prácticas. En un análisis realizado por Salguero Cabalgante⁴⁴⁴ sobre el nivel de cumplimiento de dichas competencias, identificaron dos Competencias ("Trabajo en Equipo" y "Orientación a Resultados") en las que el índice de cumplimiento de Evidencias fue del 100%. La competencia con mayor número de evidencias relacionadas es la "Personalización de los Cuidados", siendo el porcentaje total de cumplimiento de las mismas del 79.8%. Por el contrario, las que tienen relacionadas menor número de evidencias son "Oferta de servicios" y "Soporte Vital Avanzado", siendo la última la que presenta el menor nivel de cumplimiento. En otro estudio realizado, en la ciudad de Málaga, encontraron que la motivación era un factor fundamental a la hora de facilitar la excelencia en los cuidados⁴⁴⁵.

Hay autores que consideran necesario revisar hacia dónde se dirigen los cuidados, si hacia los problemas de salud y la enfermedad, o si ir más allá, siendo plenamente conscientes del papel que representa la enfermera como impulsora de la salud y bienestar social de la ciudadanía. Consideran primordial la existencia de un enfoque de salud comunitaria basado en la interdisciplinariedad y multisectorialidad, tal como fue descrito en las Conferencias de Alma Ata y de Promoción de la Salud, que son el marco normativo que sustenta a la Enfermería

Comunitaria. Plantean la necesidad de desanitarizar ciertos aspectos de la vida, reforzar la educación para la salud y el fomento del autocuidado y con el fin de democratizar la salud⁴⁴⁶.

Uno de esos espacios de encuentro donde impartir educación para la salud, según Martínez Riera^{447,448} podría ser la escuela. Este tema ha suscitado un debate entre los propios profesionales, ya que hay otra corriente que plantea la necesidad de crear la figura de una enfermera escolar.⁴⁴⁹ Los primeros piensan la realidad española es diferente al contexto sanitario y educativo de los países que proponen la enfermera escolar, que la Enfermería Comunitaria está perfectamente consolidada en Atención Primaria, y que en este momento no se justifica la necesidad de una enfermera escolar.

La Gestión Compartida de la Demanda

Otra de las grandes innovaciones que ha surgido en el rol y en la gestión en Atención Primaria ha sido la de otorgar un mayor grado de competencias a las enfermeras, compartiendo la demanda asistencial con los médicos. Nueve son los artículos que tratan el tema.

Desde Federación de Asociaciones de Enfermería (FAECAP) se propuso que uno de los roles de la enfermera fuese el de hacer de puerta de entrada al sistema sanitario, al estilo de las Nurse Practitioners, con posibilidad, además, de prescribir algunos medicamentos^{450,451}. Creen que el rol que desempeñan las enfermeras no se corresponde ni con sus capacidades ni con sus potencialidades. Por lo que plantearon que era necesario organizar la atención en el marco de un espacio abierto, con diferentes agentes que atiendan de manera interconectada, y donde la fluidez en el acceso y la circulación faciliten el tránsito de los pacientes, basado en un modelo de atención compartida entre los dos principales proveedores de servicios de Atención Primaria (médicos y enfermeras de familia). En ellos, los servicios debían de ser accesibles de forma directa (sin intermediarios) y mejor orientados a la naturaleza de dichas demandas (tratamiento médico vs cuidados, problemas biológicos vs socio sanitarios)⁴⁵².

Una revisión de las investigaciones sobre este tema realizado en EEUU, encontró que la calidad de los cuidados en atención primaria no difiere entre enfermeras especializadas y médicos de familia. No encontraron diferencias en el estado de salud de los pacientes, las prescripciones ni las derivaciones. Pero no pudieron realizar un análisis económico. Su conclusión fue que la

presencia en atención primaria de enfermeras especializadas puede aumentar los niveles de satisfacción de los pacientes y la calidad de los cuidados⁴⁵³.

En España en algunas comunidades, los resultados de varios estudios de las experiencias de este tipo de intervención están siendo muy favorables^{454,455}. Por ejemplo los resultados de un estudio de intervención antes-después en el CS Campamento (zona urbana) del Área 7 de AP de Madrid, se comprobó que: “la atención a pacientes con padecimientos crónicos disminuyó de 8 a 4 personas. La cita a demanda (espontánea y derivada) aumentó un 41%, la concertada disminuyó un 6,7% y desapareció la demora para citarse con Enfermería. Se consiguieron mejores resultados de la cartera de servicios en el cupo estudiado que en el resto, se ampliaron las actividades enfermeras y se aumentó la satisfacción de profesionales y usuarios”⁴⁵⁶. La evaluación de la eficacia y eficiencia del papel de las enfermeras en los sistemas de salud, tomando como referencia la evaluación del tratamiento farmacológico de la Hipertensión Arterial (HTA) que había sido pautado por enfermeras y enfermeros en la práctica clínica, fueron favorables a las enfermeras frente a los médicos. Pero consideran que es mejor trabajar bajo protocolos y sugieren nunca se debe de perder de vista que lo más importante siempre, es el paciente⁴⁵⁷.

Los usuarios quedan satisfechos con la visita y solo un 6% no volvería a emplear este servicio. Su conclusión principal se basó en que: el cambio organizativo del centro había mejorado la satisfacción de los usuarios respecto a la accesibilidad, de manera que la enfermera contribuye a normalizar la demanda y la atención de la urgencia mediante guías clínicas que mejoran la resolución de los problemas leves de salud⁴⁵⁸.

Es muy frecuente que las enfermeras tengan que atender procesos agudos que requieren atención urgente. Hemos encontrado cuatro artículos en los que se presentan casos de este tipo de urgencia. En 2010, Escudero Hernández⁴⁵⁹ considera que el futuro de nuestra profesión pasa por un perfil enfermero emergente dando un paso más hacia delante en nuestras competencias, lo que facilita la resolución de los procesos por parte de la enfermería de forma autónoma. Especulan con que los protocolos para la atención de urgencia por parte de enfermería validada por la institución, exclusiva de enfermería, permiten el RACI (recepción, acogida, cribado e intervención)⁴⁶⁰.

El grado de resolución del profesional enfermero en la atención urgente de los equipos de Atención Primaria también fue positivo^{461,462}. En un estudio en el Maresme (Barcelona), mediante la aplicación del triage en el año 2007, el porcentaje de resolución fue del 42%, el cual disminuía significativamente ($p < 0,000$) a 31,4% si el paciente era menor de 15 años. El elevado grado de resolución obtenido por las enfermeras evidencia que puede ser la puerta de entrada al sistema sanitario, dando respuesta a la demanda urgente, ya sea resolviendo o gestionándola⁴⁶³.

La Atención en el Domicilio y Atención a pacientes en situación de Dependencia

Los cambios socio demográficos, el envejecimiento de la población, y por tanto la atención a personas en situación de dependencia, especialmente a pacientes inmovilizados y terminales, se ha convertido uno de los grandes retos que debe afrontar el sistema sanitario. Es un sistema que parece agotado, ya que sus objetivos van dirigidos a disminuir las complicaciones y secuelas de las enfermedades, está basado en un modelo biológico y medicalizado, con altísimos costes inasumibles para los gobiernos inmersos como están en una crisis financiera⁴⁶⁴. La figura de la Enfermera Comunitaria resurge y vuelve a ser tenida en cuenta como gerente de sostenibilidad del sistema. Hemos encontrado un total de veintidós trabajos relacionados con la atención a las personas dependientes en el domicilio. Informes técnicos y otros estudios plantean como estrategia de mejora de la Atención Primaria, reforzar la atención domiciliaria por parte de enfermería^{465,466}. El planteamiento de estos es, realizar visitas domiciliarias a los mayores con carácter preventivo para identificar precozmente posibles áreas funcionales deficitarias y, de esta manera, poder trabajar desde diagnósticos de “riesgo de...” para evitar que se conviertan en reales.

En cambio, una revisión hecha por Contel Segura sobre el tema,⁴⁶⁷ dice que la literatura no aporta todavía evidencias de coste-efectividad suficientemente consolidadas que apoyen la extensión de programas de atención domiciliaria con carácter preventivo en la comunidad. Y dice que existen varias tendencias de futuro en el sector, como es el caso de la hospitalización a domicilio, el desarrollo de modelos de atención compartida, en un sector que tiende a la fragmentación en la provisión de servicios.

Mientras un trabajo de Miriam Celdrán Mañas⁴⁶⁸ se plantea cual es la efectividad del programa de vistas a domicilio. Consideran que es necesario hacer un análisis crítico y profundamente reflexivo, metodológicamente claro y sensible a la práctica basada en evidencias construidas para dar respuesta a lo que la enfermera hace o puede hacer para mejorar los cuidados de salud. Propone un programa de V.D. efectivo que incluya una valoración multidimensional, múltiples visitas de seguimiento y estar dirigido a personas con menor riesgo de muerte. La forma de medir la eficacia del programa sería utilizando tres indicadores básicos: la supervivencia, la admisión a residencias y el estado funcional. Considera que estos datos deberían de tenerse en cuenta a la hora de plantear proyectos de investigación sobre los actuales programas de V.D que desarrollan enfermeras y médicos de Atención Primaria.

Para Arriaga Piñeiro y Martínez Riera⁴⁶⁹ consideran que las enfermeras están preparadas para el abordaje bio-psico-social de la atención a las personas en situación de dependencia tal y como plantea el Decreto de Apoyo a las Familias Andaluzas en el 2002 y, más tarde, de la Ley de Autonomía Personal en 2006. Y dicen que, la atención a la dependencia por parte de las enfermeras comunitarias no es algo nuevo, que es algo que las enfermeras siempre han realizado⁴⁷⁰ y que estas leyes lo que hacen es reforzar esta actividad. Alonso y col.⁴⁷¹ dijeron que la valoración de la discapacidad o dependencia debe centrarse en el estudio de aquellas actividades en las que una persona necesita de otra para su realización, sin perder de vista las deficiencias corporales y el contexto. Tomando como referencia la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF), que establece tres formatos de valoración (cribaje y detección de casos, uso diario por profesionales de la salud y estudios de investigación), se apuesta por el uso del formato de cribaje por profesionales de salud cercanos, numerosos y con conocimiento de la comunidad, como las enfermeras, lo que permitirá priorizar y garantizar el acceso a toda la población.

Hacer un análisis de la actividad domiciliaria y la prevalencia de pacientes en situación de dependencia no es sencillo, porque los registros no siempre están bien cumplimentados ni se utilizan los mismos estándares de registro. En uno de los estudios en el que se analizó el diagnóstico de “personas mayores en situación de fragilidad⁴⁷², encontraron que el 66,7% del total no estaban incluidas en el programa de Atención Domiciliaria ni constaba ningún diagnóstico de “personas mayores frágiles”. En otros estudios⁴⁷³ en los que se analizaba la prevalencia de personas inmovilizadas, como el que se hizo en el área cinco de la capital

madrileña en el año 2004, encontraron una prevalencia del 7,7% (IC 95%: 6,5%-8,8%) cifra inferior a la manejada en ese momento que se situaba en el 11%. En Barcelona otro estudio realizado con 12.000 pacientes incluidos en el Programa «Salut a Casa» de los Equipos de Atención Primaria (EAP) del «Institut Català de la Salut» encontraron que a pesar de que la mitad de ellos presentaba unos malos resultados en los indicadores de salud, sólo una cuarta parte poseía una valoración geriátrica global⁴⁷⁴. El seguimiento de las personas en situación de fragilidad ayuda a prevenir situaciones que pueden complicar su situación como es la soledad⁴⁷⁵.

Los datos indican la edad media de los inmovilizados está entre 77,1 en Almería⁴⁷⁶, o los 82,90 años Área Básica de Salud (ABS) Castellar del Vallés, en Barcelona. La mayoría son mujeres 21,8% de los pacientes presentaban dependencia severa o total según la escala de Barthel y a demás eran atendidos por sus familiares, que según el test de Zarit, el 26,1% de los cuidadores presentó sobrecarga intensa. Respecto a la escala de Braden-Bergstrom, solo un 1,4% muestra un alto riesgo de úlceras por presión. Los diagnósticos de enfermería más prevalentes son los relacionados con el deterioro de la movilidad y la dependencia en la realización de las actividades básicas de la vida diaria y el deterioro de la integridad cutánea⁴⁷⁷. En otro estudio encontraron 66% (IC 95%: 55,8-75,2%) presentaba una incapacidad funcional moderada⁴⁷⁸ y que un 71% (IC 95%: 61,1- 79,6%) presentaron algún grado de deterioro cognitivo.

En el domicilio la enfermera realiza múltiples actividades: curas, inyectables, desde 2006 los informes de valoración de dependencia, etc. Las cargas de trabajo de enfermería encontradas en pacientes de más de 64 años de edad, incluidos en un Programa de Atención Domiciliaria (ATDOM) de Equipos de Atención Primaria (EAP) catalanes indican que gozan de más visitas de enfermería los pacientes que presentan úlceras por presión de grado 3 o 4 (RR=5,74, IC95%: 3,53-9,33), los que tienen sanidad privada adicional (RR =1,41, IC95%: 1,00-1,97) y los que tienen una mala percepción de su salud física (RR =0,98, IC95%: 0,97-1,00).⁴⁷⁹ En el ámbito rural, en un estudio realizado en Cantabria, los resultados de la actividad indican que se realiza una media de 3'2 visitas/día (DE: 1,59) y el 18,3% fueron derivadas desde atención especializada, incluyendo entre las actividades: visita domiciliaria al alta, controles de tratamientos con anticoagulantes, curas, tratamientos parenterales y extracciones venosas. Las generadas por atención primaria fueron el 81,7 % y entre ellas se encuentran: VD programada, curas, extracciones venosas, tratamientos parenterales y urgencias⁴⁸⁰. Por lo que

los autores se planteaban que se realiza una actividad muy 'reactiva' y poco pro-activa y preventiva y por tanto, se debe plantear y actualizar una realidad que quizá requiera una reorganización, nuevos diseños de las agendas laborales o nuevas figuras profesionales. Plantean que es preciso realizar una revisión y actualización de las guías y protocolos existentes sobre asistencia domiciliaria, y plantear criterios objetivos para determinar qué pacientes necesitan ser atendidos en el domicilio y para qué,⁴⁸¹ y también que en la visita domiciliaria, deben de estar implicados tantos profesionales, usuarios, familiares y sus cuidadores⁴⁸².

Los análisis de los costes la visita domiciliaria realizado en el área 11 de Madrid, en el año 200-2001, hechos por Esther Niego García y col, con una muestra de 649, indican que: coste total por paciente es de 92 euros al año (incluyendo desplazamiento, preparación y realización de la visita): cada visita se estima en 12,22, el coste total por cada intervención: 1,39 euros. El tiempo estimado de cada visita es de 55,1 minutos, por tanto resulta un valor muy pequeño en relación al coste total de la asistencia recibida por los usuarios de Atención Primaria⁴⁸³ y a los índices de satisfacción de los usuarios son altos⁴⁸⁴.

A demás de atención en domicilios particulares algunas enfermeras deben de dar también atención a usuarios institucionalizados en residencias geriátricas. En algunas zonas el elevado número de estas en una misma área, como ocurrió varias aéreas de Madrid, les obligó a buscar soluciones, creando Unidad de Soporte de Cuidados⁴⁸⁵ así como organizando el tema de la gestión del suministro de material⁴⁸⁶.

Continuidad de Cuidados

Garantizar continuidad asistencial y la comunicación interniveles ha sido, y es, una preocupación constante para las enfermeras comunitarias^{487,488}. Hemos localizado cuatro artículos que tratan este tema. Una de las mayores dificultades es la de garantizar la continuidad de los cuidados en domingos y festivos en Atención Primaria, ya que muchas veces faltan datos que faciliten este trabajo y que garanticen la calidad (datos del paciente, técnica de cura, medicación etc.)⁴⁸⁹.

Como medida de mejora se planea elaborar un informe de continuidad de cuidados consensuado entre el nivel primario y secundario^{490,491}. En otros estudios⁴⁹² se recomienda “una revisión del circuito de información y la calidad de la información facilitada”. Una Guía de Actuación, una Guía de Acogida al Profesional del DCCU y un grupo de Mejora de la Calidad Continua evitando de esta forma la dilución de responsabilidades y fragmentación de las tareas en ambos niveles asistenciales.

En Andalucía en la comunicación interniveles, también contempla la dispensación, por parte del hospital de referencia, de material necesario para el tratamiento en domicilio de los pacientes en Atención Primaria. Los resultados de varios estudios dicen que la utilización de un procedimiento de dispensación de material consensuado entre ambos niveles asistenciales permitió establecer estándares de tiempo de respuesta, criterios de evaluación y planes de mejora en función de los resultados, que ha mejorado la accesibilidad del paciente hasta el sistema sanitario^{493,494,495,496}.

La Enfermera, Gestora de Casos

Como medida de mejora para la continuidad de cuidados en algunas comunidades, surgió la figura de la Enfermera Gestora de casos o Enfermera de Enlace. Hemos encontrado treinta trabajos sobre este tema.

La Enfermería Comunitaria (ECE) hizo su aparición por primera vez en el Reino Unido y en España las primeras noticias se dieron en Canarias en 1999, y a nivel local en Cataluña. En Andalucía varios informes técnicos^{497,498,499,500,501} consideran que “las enfermeras poseen muchos atributos, por lo que están llamadas a ser un pilar para la coordinación socio sanitaria. Consideran que su visión integral les permite realizar un diagnóstico bio-psico-social de las necesidades de cuidados que presenta la población en situación de dependencia, y utilizar instrumentos para graduarla. Además que las enfermeras de AP, como conecedoras cercanas de las situaciones de dependencia, pueden proporcionar un valor añadido en la atención socio-sanitaria”.

Como ya explicamos en el capítulo anterior, fue en el año 2002, cuando comenzaron a trabajar en Andalucía.⁵⁰² Su ámbito de actuación es el domicilio del paciente o bien en el marco hospitalario, es decir, preparación al alta de aquellos pacientes que van a necesitar en su

domicilio cierta complejidad en sus cuidados⁵⁰³. Sus principales funciones son: gestionar cuidados, recogiendo información específica sobre las necesidades de los usuarios, identificando los problemas, diseñando un plan de intervención y coordinando las intervenciones con los profesionales y familiares implicados⁵⁰⁴. Intervención en el Plan de Prevención de la “ola de calor” que implica una vigilancia activa de las personas que viven solas, a través de un recordatorio sobre la necesidad de la hidratación periódica. Realizar los censos de pacientes clasificándolos según el nivel de riesgo: 3***, 2** y 1*.^{505, 506, 507} estudios sobre la situación de condicionantes de salud de la población⁵⁰⁸; Proporcionar material orto protésico⁵⁰⁹ Realizar técnicas complejas que requieren cierto grado de adiestramiento como el cambio de sonda PEG^{510,511}.

La efectividad de las enfermeras de enlace y los resultados de sus actividades han sido analizados por varios investigadores, que aportan datos sobre su eficacia en diversos aspectos. Los datos dicen que han demostrado que el informe de continuidad de cuidados es fundamental para garantizar la calidad de los mismos^{512, 513}. El mayor flujo de estos, se produjo desde el hospital hacia la atención primaria, considerando que el modelo ha facilitado una asistencia coordinada e integral⁵¹⁴.

En un estudio de pilotaje multicéntrico realizado en Alicante , para conocer la efectividad de este nuevo modelo, encontraron que la acción conjunta entre la Enfermera de Gestión Domiciliaria (EGD.) que trabaja en la comunidad, y Enfermera de Continuidad Domiciliaria (ECD) que trabaja en el Hospital-Unidad de Hospitalización a Domicilio (UHD), referentes en la continuidad de cuidados, redujo en un 84% el nº de visitas a Urgencias Hospitalarias y en un 82% los ingresos, en relación con los 12 meses anteriores a la captación⁵¹⁵ También se ha demostrado la eficiencia de la intervención de las enfermeras de enlace, en la prescripción de absorbentes en población institucionalizada, en función de la presencia o no del diagnóstico enfermero de “incontinencia urinaria”. Ha logrado una mejora de la calidad de vida de los pacientes incontinentes, así como una reducción en el coste de la prestación⁵¹⁶. También se considera que han mejorado la educación de las cuidadoras⁵¹⁷ y han facilitado la curación de las escaras en los pacientes inmovilizados⁵¹⁸. También han obtenido buenos resultados en la sustitución de la sonda PEG⁵¹⁹ en domicilio, que se consigue disminuir el coste, tanto económico como familiar (desplazamiento, estancia hospitalaria...), manifestando una

disminución de la ansiedad por parte de los cuidadores y una mayor satisfacción por la comodidad que la técnica supone⁵²⁰.

La comparación de dos modelos de Atención Domiciliara: EGD y el modelo convencional, los resultados son satisfactorios para la enfermera de enlace⁵²¹. En el programa de preparación al alta (PREALT) del CatSalut, entre 2007 y 2008, se encuestaron a 202 personas que valoraron con una media de 9,3 (en una escala del 0 al 10) de satisfacción. Lo que demuestra que la valoración holística y el seguimiento que realiza la enfermera de enlace de AP con perspectiva primaria al paciente que ha sido dado de alta del hospital, aporta un valor añadido tanto al equipo de Atención Primaria como al paciente ya que fomentan su autonomía⁵²².

En cambio otros estudios no dan resultados favorables. En la revisión hecha por Lobo Escolar⁵²³, sobre el estudio de Latour CHM en el que analizaban la relación coste-efectividad de una intervención de enfermería basada en la gestión de cuidados, realizada en el domicilio del paciente tras el alta hospitalaria, en comparación con el cuidado estándar, demostró no ser una intervención coste-efectiva. Por tanto, no recomiendan la implementación de esta intervención para pacientes que no sean gravemente vulnerables y complejos. Plantean que los estudios futuros deberían incluir una evaluación de la complejidad del paciente y otra estimación del coste-efectividad de esta intervención en pacientes con necesidades de salud más complejas.

La implantación de la enfermera de enlace ha generado discrepancias con otros profesionales, en concreto con los trabajadores sociales, que consideran que puede existir cierto intrusismo profesional⁵²⁴.

En cuanto al grado de conocimiento en la población, Inmaculada Álvarez Rodríguez⁵²⁵ realizó una encuesta a 162 personas de la que derivó la siguiente conclusión: “El 27’6% de los encuestados conocía la figura de la ECE: el 36’3% a través del Centro de Salud, el 6’8% a través de su enfermera de familia, el 20’4% a través de los medios de comunicación (prensa y televisión) y el 13’6% a través de amigos y/o vecinos”. El dato de un 27’6% que personifica a las personas que la conocen, fue considerado aceptable, dada su reciente implantación. Consideran que es imprescindible seguir realizando labores de difusión como las realizadas hasta el momento, con el fin de incrementar dicho porcentaje y favorecer la cobertura y servicios que realizan estas enfermeras en la población.

Prescripción Enfermera

La prescripción enfermera es un tema candente ya que se ha elaborado un proyecto de orden ministerial por el que se desarrolla la disposición adicional duodécima de la ley 29/2006, que permite a las enfermeras la prescripción de distintos productos, planteada en tres variantes: la prescripción independiente, tratamiento de continuación de patologías crónicas y prescripción mediante protocolo. Sobre este tema, hemos encontrado un total de siete artículos.

En 2006, la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria (FAECAP)⁵²⁶ realizó un informe para aclarar su posicionamiento de ante la Ley del Medicamento. Morales Asencio⁵²⁷, en el mismo año, declaraba que las enfermeras deben estar motivadas y comprometidas en este empeño pero, para ello, es necesario que profesionales, que “conviven” diariamente con el medicamento, tengan potestad formal para prescribir algunos de ellos. Como forma de ejemplo, hablaba de la experiencia que sobre este tema tienen en el mundo anglosajón, donde llevan tiempo llevándolo a cabo.

En 2008, Vázquez Sánchez y col.⁵²⁸ analizaron las opiniones de los profesionales, para conocer si se tiene información sobre la prescripción enfermera. Tras este análisis, concluyeron que la información sobre el tema es insuficiente pero aceptada por los profesionales. Creen que para poder asumir nuevas competencias con prescripción enfermera implicaría tener que redimensionar las plantillas en un ratio de un ratio de 1:1 médico enfermero⁵²⁹.

En cuanto a la percepción los usuarios en población adulta, los resultados de los estudios dicen que no existe un rechazo radical a la prescripción enfermera en su amplio sentido, pero prevalece una negativa a la prescripción autónoma. La explicación general se basa en el hecho de no ser médico (el 78% cree que la enfermera no tiene cualificación y el 9% piensa que la prescripción de medicamentos no es una función enfermera). Sin embargo, existe una buena predisposición a la prescripción colaborativa. De hecho, el 77% afirma que la prescripción enfermera tendrá una influencia positiva sobre la calidad en la atención al usuario⁵³⁰. Se ha demostrado que en la prescripción de absorbentes demuestran que estas racionalizan su consumo^{531,532}.

V.2.3.2 La Metodología Enfermera y la Informatización de los Registros de la Actividad

Las investigaciones basadas en el uso de lenguajes estandarizados, usando Taxonomía NANDA, NIC, NOC son cada vez más numerosas. Con relación a estos temas, hemos encontrado un total de 45 artículos: treinta y seis de metodología y nueve de informatización. Los temas que mayoritariamente se abordan en ellos son las dificultades en el uso de los lenguajes estandarizados, la prevalencia de los Diagnósticos de Enfermería, ejemplos de casos clínicos y ejemplos de otras experiencias con el uso de la Metodología de Enfermería.

La Metodología Enfermera

Algunas de las evaluaciones que se han hecho sobre el uso de la metodología enfermera, basado en las etapas del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) y la situación en del uso de los Diagnósticos de Enfermería (DE) a través de la revisión de historias clínicas, dicen que los profesionales tienen dificultades en su manejo, que los objetivos se han cumplido globalmente en inmobilizados y terminales, aunque no en pediatría.⁵³³ Un alto porcentaje de los profesionales enfermeros no registraban los Diagnósticos de enfermería (DE) en su práctica diaria. La etapa del PAE que más se registrada era la de intervención. Las razones que dieron fueron diferentes, unos lo achacaron entre otras razones a: la sobrecarga laboral, las consultas compartidas, la escasez de tiempo, las carencias en la formación y la poca curiosidad e interés por suplirlas, la poca agilidad para realizar planes de cuidados, la pérdida de tiempo en meter los datos en los distintos soportes... Además del esfuerzo para asimilar la nueva práctica, bibliografía poco manejable y de elevado coste, diagnósticos de difícil comprensión, escasa formación del personal eventual y carencias de soportes informáticos⁵³⁴.

En cambio en estudios hechos en el Área 11 de Madrid⁵³⁵ y Granada,⁵³⁶ detectaron que estos modelos estaban ya introducidos en la gestión y en la práctica diaria del cuidado. Los estudiantes también han ido introduciendo el proceso de cuidados durante sus prácticas clínicas en Atención Primaria en la asignatura de Enfermería Comunitaria.

Los investigadores proponían como solución que desde las direcciones de enfermería se dé prioridad a una adecuada formación e implantación de los DE en estrecha colaboración con la universidad, fomentando el conocimiento de la metodología enfermera para avanzar en la ciencia de la profesión⁵³⁷. También planteaban que la informatización tal vez podría facilitar su

uso⁵³⁸. Las guías de diagnósticos enfermeros parece que han facilitado la utilización de los mismos. Así lo afirman Besora Torradeflot y col.^{539,540} en Barcelona, elaboraron una guía de diagnósticos enfermeros estandarizados que sirviera como pauta de trabajo. En ella, se recogía la identificación de 36 diagnósticos enfermeros y la elaboración de la pauta de actuación correspondiente en cada uno de ellos. Los autores advierten de que las guías no son suficientes, que es imprescindible personalizar la valoración para individualizar los cuidados y que permiten la identificación del rol autónomo de la enfermera. Y confirman que la informatización ha facilitado el registro del proceso enfermero.

Varios trabajos que hemos analizado tenían como objetivo explicar en qué consiste el proceso enfermero. Uno de ellos es el elaborado por el canario Brito Pedro R.⁵⁴¹, que publicó una serie de artículos sobre el tema. En el primero, abordaba la valoración por patrones funciones de Marjory Gordon. En 2008⁵⁴², describió la fase de diagnóstico dentro del proceso enfermero; hizo un recorrido por la historia y funciones de la NANDA International (NANDA)⁵⁴³; y recogió los diferentes modos de enunciar un diagnóstico, así como se analizan sus componentes. Además, detalló los diagnósticos recogidos por el programa de historia informatizada en atención primaria del Servicio Canario de Salud. En otro artículo, detalló en qué consiste la fase de planificación y las intervenciones de enfermería⁵⁴⁴ (NIC) y explicó cómo se encuentra ese período en los lenguajes de la historia informatizada. Por último, explicaba el concepto de proveedor de cuidados, que se trata de aquella persona que ejecuta las acciones⁵⁴⁵. Solo tres años después, en el 2011, este mismo autor, junto con su equipo de investigación⁵⁴⁶, estudió los factores asociados al incremento del uso de la metodología enfermera⁵⁴⁷ (ME) en Atención Primaria en Tenerife. Comprobaron que un mayor porcentaje de historias de salud con ME, así como un mayor crecimiento mensual, coincidía cuando se daba mayor tiempo de informatización en la zona; mayor porcentaje de utilizadores de consultas de enfermería; mayor número de visitas a domicilio; mayor presión asistencial; menor volumen de cupo; menor porcentaje de consultas de otras zonas. Igualmente, se comprobó mayor porcentaje de historias de salud con ME y mayor crecimiento mensual en las ZBS formadas con un programa de asesoramiento en ME, así como en las zonas con Enfermera Comunitaria de Enlace (ECE). Por tanto, consideran que el incremento en el empleo de la ME en las zonas básicas de salud (ZBS) de Tenerife se asocia a cada uno de los factores considerados, en diferente sentido y magnitud.

Los estudiosos del tema de la metodología consideraron que hay diferentes tipos de procesos que pueden ser abordados por las enfermeras, ayudándose con el uso de planes de cuidados y de los lenguajes estandarizados. Como por ejemplo el tabaquismo⁵⁴⁸, la disfunción eréctil⁵⁴⁹, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)⁵⁵⁰, atención a población inmigrante,⁵⁵¹ las situaciones de soledad⁵⁵² y conductas generadoras de salud⁵⁵³, que se usa mayoritariamente para situaciones relacionadas con la inmunización, alimentación y ejercicio físico y para dejar de fumar.

Los registros enfermeros en Atención Primaria y el Informe de Continuidad de Cuidados, usando esta metodología son considerados imprescindibles para garantizar la calidad de la asistencia, fueron estudiados por Alba Rosales y col.⁵⁵⁴, Villarejo Aguilar, Pancorbo-Hidalgo⁵⁵⁵ y Martínez Martín, y col.,⁵⁵⁶ y para paliar el impacto negativo de la hospitalización en personas mayores con necesidad de cuidados de transición y recursos sociales. El informe de continuidad permitió el seguimiento en Atención Primaria, ayudó poner las medidas necesarias para a la mejorar la capacidad funcional de los paciente con respecto al alta. En Soria utilizaron un programa informático de registro, diseñaron una hoja en la que se recogían los problemas y diagnósticos, los objetivos e intervenciones enfermeros para pacientes dados de alta por fractura de cadera⁵⁵⁷.

La atención a las personas dependientes y a sus cuidadores, en el ámbito domiciliario, ha sido otro de los temas de interés en varios trabajos donde se ha utilizado la metodología enfermera. Los diagnósticos más frecuentes están relacionados con problemas de movilidad y dependencia, en la realización de las actividades básicas de la vida diaria y el deterioro de la integridad cutánea^{558,559,560}. El cansancio del rol de cuidador, fue detectado en varios estudios^{561,562}, se plantearon como objetivos la realización del rol y el restablecimiento del equilibrio emocional y como intervenciones el apoyo emocional y/o asesoramiento en cuidados⁵⁶³.

Otros estudios encontraron además el deterioro del patrón del sueño, la incontinencia urinaria y el deterioro de la movilidad física. Encontraron que los objetivos/criterios de resultados del plan de cuidados aparecen en el 51,23% de las historias clínicas, mientras que las actividades/intervenciones se hacen patentes en un 67%. Por su parte, la evaluación del plan de cuidados solo queda constatada en un 6,25% de las historias clínicas. Las conclusiones a las que llegaron fueron que trabajar con una metodología científica enfermera permite

diferenciar la labor de la enfermera de la de otros profesionales de Atención Primaria y ayuda a concretar la oferta de servicios enfermeros a la comunidad. La evaluación del plan de cuidado se refleja muy poco en las historias clínicas estudiadas. La implicación directiva, la participación y el consenso de los profesionales de enfermería facilitan la implantación y la implementación de la metodología enfermera en Atención Primaria⁵⁶⁴.

En el estudio de los diagnósticos enfermeros utilizados en Atención Primaria hecho por P. Brito⁵⁶⁵, en 2009, según su frecuencia y su importancia, obtuvo un listado de diagnósticos prioritarios para la atención que incluía: dolor agudo, manejo inefectivo del régimen terapéutico, riesgo de infección, dolor crónico, desequilibrio nutricional por exceso, ansiedad, deterioro de la integridad cutánea, riesgo de caídas, riesgo de glucemia inestable y cansancio en el desempeño del rol de cuidador. Destacaron la prioridad que dieron los participantes a los problemas biofísicos, lo cual concuerda con los resultados de otros estudios y hace evidentes las dificultades para la identificación y abordaje de problemas psicosociales. La evaluación del proceso enfermero debe ser constante para garantizar la prestación de unos cuidados de calidad⁵⁶⁶. También estudió la frecuencia de aparición de un grupo de diagnósticos NANDA psicosociales sobre el total de historias informatizadas con diagnósticos enfermeros.

Las etiquetas NANDA psicosociales más frecuentes resultaron ser: el mantenimiento inefectivo de la salud (5,6%), la ansiedad (3,6%) y el manejo inefectivo del régimen terapéutico (1,5%). Al agruparlas por clases, las más habituales fueron las clases conducta y emocional y como las más inusuales estuvieron las clases de auto percepción y afrontamiento. Como conclusión de todo ello, encontramos que existe un déficit importante de registro de problemas NANDA psicosociales en las historias de salud informatizadas de Atención Primaria.⁵⁶⁷

Otros artículos publicados son estudios de casos en los que se utiliza la metodología enfermera^{568,569,570}.

Informatización de los Registros de la Actividad

La informatización de los centros de salud ha sido uno de los grandes cambios que han aparecido durante los últimos años. La informática supone un hito para la profesión, ya que se supone que facilita la utilización de los lenguajes estandarizados. Hemos hallado un total de

doce trabajos de los que destacamos diez. En ellos se recogen algunas de las experiencias de las enfermeras con los diferentes sistemas informáticos utilizados en España.

En 2005, un estudio descriptivo mediante una búsqueda bibliográfica y contactos con las diferentes Comunidades Autónomas, estudiaron la implantación de la metodología enfermera con los sistemas informáticos de Atención Primaria, constataron que:

Existen diversos programas informáticos en Atención Primaria, el más utilizado era el OMI-AP. Respecto al uso de metodología, ésta es desigual y en ocasiones inexistente. Los sistemas de valoración más utilizados son 'los 11 Patrones funcionales' de Marjory Gordon y 'las 14 Necesidades básicas' de Virginia Henderson. Con respecto a la taxonomía utilizada, se trabaja con la de diagnósticos de la NANDA. Su conclusión fue que el uso de un único sistema informático resultaría beneficioso para el conjunto del país, ya sea utilizando el OMI-AP u otro programa⁵⁷¹.

Los diferentes estudios que hemos encontrado, analizan las ventajas e inconvenientes de los aplicativos informáticos. Como mejoras principales, encuentran el registro sistemático de las actividades. Como desventajas, la necesidad de incorporar primero un diagnóstico médico para poder realizar el seguimiento del paciente por parte del personal de enfermería. Consideran que han experimentado una notable mejora, aunque reconocen que todavía queda mucho por andar⁵⁷².

En Castilla la Mancha, Cerrillo Patiño⁵⁷³ describió las ventajas del Sistema de Información de Atención Primaria con el proyecto "Turriano", aplicación informática que da soporte a los Centros de Salud. Reflexiona sobre que con este sistema se pueden realizar PAES e imprimir sus propios Informes Clínicos Asistenciales (ICAs), además de dotarle de una autonomía profesional, un reconocimiento social (el paciente identifica quién le atiende y las actividades que realiza) y profesional de interdependencia y comunicación con otros profesionales (médicos, trabajadores sociales,...). A demás en 2005 fueron fuente de información para incentivar económicamente hasta 1000 euros/año a las enfermeras.

En Algeciras en 2008, quisieron conocer qué información recogen los enfermeros de familia de su actividad, en el registro informatizado: los resultados fueron que recogen prioritariamente datos personales (100%), observación (93%) y exploración física (89%). Que lo registran en el sistema informático DIRAYA: datos personales (100%), necesidades del paciente (79%) e

intervenciones (69%). La importancia que le dan a cada tipo de información: donde de nuevo los datos personales son los más valorados, después las necesidades del paciente y, por último, las intervenciones. Su conclusión fue que varía la importancia que se les asigna, por parte de los enfermeros, a las categorías de la información dependiendo de que se vaya a hacer con ella; así como la relación con sus posibilidades reales de acceso a los ordenadores⁵⁷⁴.

Según Barrios Torres, el Módulo de Metodología de Enfermería de la Historia de Salud Electrónica de AP del Servicio Canario de Salud, con el programa Drago AP (DRAGO-AP), permite identificar y registrar los problemas de salud, los objetivos e intervenciones de enfermería, tanto desde una consulta de Atención Primaria como desde domicilio. Favorece la calidad de los registros y del seguimiento de los cuidados ofertados a los usuarios⁵⁷⁵.

Rico col., estudiaron en Madrid, la prevalencia de problemas de cuidados en una población menor de 15 años y mayor de 75, con registro en Historia Clínica Informatizada (HCI) con la aplicación corporativa OMI-AP. Se diagnosticaron 45.384 problemas; el 23,79% en población vulnerable. Los diagnósticos prevalentes en los ancianos fueron: deterioro de la integridad cutánea (3,54%) y problemas de desempeño del rol cuidador (2,70% y 2,59%). En los niños, conductas generadoras de salud (32,97%). En los ratio de visitas/diagnóstico: los ancianos contaban con una media de 1,44 (1,00 -1,93), mientras que en los niños fue de 1,2 (1,00 -1,51). La duración del proceso: 52 (18-73) de los ancianos, por 17 (7,3 -36,6) de los niños. Motivos del alta: resolución (79%-85%), seguimiento controlado (14%-8,60%), no resolución (3%-0,5%), fallecimiento (3%-0%), abandono (1%-4,35%). Las conclusiones a las que se llegaron fueron: el sexo es un factor determinante del diagnóstico en ancianos, siendo mayor el número de que de hombres, y los niños se mueven en diagnósticos positivos. La utilización de la etiqueta de conductas generadoras de salud crea dudas de buen uso a los investigadores. Destaca la presencia enfermera en situaciones de riesgo y el tiempo de resolución se asocia a la dificultad de trabajar cambios actitudinales y comportamientos saludables⁵⁷⁶.

En Alicante, la aplicación informática "Florence", modelo de Historia Clínica Electrónica única y global utilizada en el Departamento de Salud de Torreveja, y que consta de dos entornos: Florence Gestión (área financiera-contable y área de recursos humanos) y Florence clínico (área clínico-asistencial). Consideraron los registros de enfermería como un instrumento efectivo para reflejar la información necesaria que le permita coordinar y proporcionar unos cuidados de enfermería de máxima calidad al estar almacenados de forma integral, y que

asegura la disponibilidad de toda la información de los procesos salud-enfermedad de un individuo, asegurando la confidencialidad.⁵⁷⁷ En Madrid otro estudio en las áreas sanitarias VII, VIII y XI de Atención Primaria con la Herramienta informática AP MADRID Y OMI-AP. Y módulo con Metodología enfermera, con valoración según patrones funcionales de Marjory Gordon y taxonomías NANDA-NOC-NIC, concluyó que la aplicación dirigida del plan de cuidados individualizado mejora la calidad de vida (CV, cuestionario I-QoL) y sus procesos interrelacionados.

En resumen se puede decir que los resultados también dicen ser buenos cuando se utiliza el plan de cuidados informatizado en determinadas dolencias como en el caso de hombres con incontinencia urinaria, ya sea de esfuerzo, urgencia o mixta, y de grado leve o moderado,⁵⁷⁸ o en ayuda al fumador⁵⁷⁹.

V.2.3.3 Procesos Atendidos

Las enfermeras abordan y resuelven gran variedad de dolencias y de situaciones que, en la actualidad los nuevos sistemas de gestión denominan procesos asistenciales. En total hemos localizado 64 artículos que hacen referencia a los diferentes procesos que han atendido.

Estudios Poblacionales

Encontramos cuatro estudios que tratan de averiguar cuáles son las características de la población atendida y los problemas prevalentes. En 2005, en una zona minera de Asturias, trataron de definir el perfil de las personas mayores de 75 años que acudían a su Centro de Salud (CS). Una vez analizados los resultados, encontraron que:

La edad media era de 81.9 años. De éstos, el 37% convivían con su pareja y el 27.8% vivía solo. Asimismo, el 56% de los ancianos eran considerados de riesgo social por el test de Barber. El número medio de problemas crónicos era de 1,6. Durante el último año, tuvieron una media de 4,2 problemas agudos, el número medio de ingresos hospitalarios fue de 0.1 y el número medio de consultas/año en APS, de 22.6. El 25.6% sufrieron al menos una caída en los últimos 24 meses, principalmente por accidentes⁵⁸⁰.

En otros trabajos se analizó la calidad de vida de las personas^{581,582} o los problemas crónicos de alta prevalencia como : diabetes Mellitus, hipertensión arterial, dislipemia y síndrome metabólico y los factores de riesgo relacionados con ellas y la actividades realizadas por el profesional enfermero, destinadas a la prevención, promoción y control, como las realizadas por los pacientes^{583,584}.

Atención procesos crónicos (Manejo hipertensión, Diabetes, Control del paciente anti coagulado, Control y manejo medicación)

Manejo Hipertensión

El seguimiento de personan con padecimiento de enfermedades crónicas ha sido uno una de las actividades más reconocidas de las EC. Hemos localizado cinco artículos sobre el seguimiento y control del paciente hipertenso por las enfermeras comunitarias,^{585,586}. En algunos investigadores⁵⁸⁷, surge la duda de quién ha de realizar la medición de presión la arterial para el diagnóstico y seguimiento del paciente hipertenso: ¿El paciente entrenado, la enfermera o el médico? Dicen que el concepto de autocuidado contempla que si damos al paciente los instrumentos necesarios, los capacitamos, los hacemos independientes, obtendremos mejores resultados que si los hacemos dependientes de un sistema profesional de cuidados. El autocuidado terapéutico, la formación e instrucción del paciente en la auto medición de la presión arterial es una medida relevante que se incorpora a la práctica. Ahora habrá que definir el perfil de paciente susceptible. Guevara Muñoz Tirado Pedregosa y Sánchez Ruiz^{588,589}, en una revisión, constataron que existen evidencias para recomendar el uso de la auto medición de la tensión arterial. La técnica Auto medida de presión arterial en domicilio (AMPA) permite la identificación de pacientes con hipertensión de la bata blanca, pero para la confirmación diagnóstica se recomienda el uso de la monitorización ambulatoria de la Presión arterial (PA) y la técnica de la Monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA), que tiene una excelente correlación pronostica y, además, involucra al paciente en el autocuidado y aumenta el cumplimiento terapéutico.

Manejo Diabetes

Siete son los trabajos que hemos encontrado sobre este tema. Los principales instrumentos que ayudan a mejorar la atención en el área de los cuidados necesarios para las personas que padecen diabetes se han recogido en diferentes guías^{590,591}. Se han realizado estudios que analizan el cumplimiento de los objetivos de control metabólico en el paciente diabético tipo 2 en la Atención Primaria de ámbito rural, comparándolo con los valores recomendados por la American Diabetes Association (ADA) y el Grupo de estudio de la diabetes en Atención Primaria de salud (GEDAPS). En el estudio participaron 253 personas diabéticas tipo 2 con al menos 2 años de seguimiento en su centro de salud de la provincia de Ourense. En las conclusiones constataron un importante déficit, tanto en la frecuencia de los controles realizados por los profesionales sanitarios, como en el número de intervenciones realizadas para conseguir los objetivos propuestos, con resultados muy inferiores a lo recomendado en las guías de práctica clínica⁵⁹². También se ha estudiado cuales son eran las intervenciones más efectivas para conseguir la disminución y mantenimiento del peso y modificación de hábitos en adultos obesos. Su conclusión principal fue que “la forma más eficaz de intervenir con obesos es combinar dieta personalizada de bajo índice glucémico con ejercicio y terapia cognitivo-conductual”⁵⁹³. El uso del “Monofilamento 5.07”⁵⁹⁴ en las consultas de Enfermería de Atención Primaria,⁵⁹⁵ y el “Mal perforante plantar”^{596,597}.

Control del paciente Anti Coagulado

La introducción de nuevas pautas de tratamiento que requieren un seguimiento minucioso ha incrementado la presión asistencial. El Sintrom, se ha generalizado como prevención a largo plazo de la enfermedad tromboembólica, se usa sobre todo en personas con problemas de Fibrilación Auricular, trombo embolismos etc. En un principio, su control era realizado por el especialista de hematología, posteriormente fue derivado a los médicos de Atención Primaria y, por último, fue asumido por las enfermeras, siempre en coordinación con los médicos. De todo este tema, hemos encontrado diez artículos.

Los estudios hechos sobre las necesidades para llevar a cabo este nuevo método de control de la coagulación, dicen que los costes serían los derivados de la formación del personal sanitario, para ellos la sobrecarga asistencial no se vería aumentada, ya que son pacientes que acuden a

la consulta por otros motivos⁵⁹⁸. La enfermera necesita unos conocimientos y unas habilidades mínimas que incluyen conocimientos básicos y específicos sobre anticoagulación⁵⁹⁹. El sistema de medición utilizado es el "Sistema CoaguChek XS"⁶⁰⁰.

Los estudios que tratan de valorar la aceptación del método, las ventajas e inconvenientes, dicen que: el 90% de la población de estudio manifiestan un elevado grado de satisfacción ante la nueva técnica. Algunas de las ventajas que encontraron los pacientes fueron: la proximidad del centro a su domicilio y la percepción de una atención más personal. En general, la aceptación fue satisfactoria por parte del personal al que se ofrecen los servicios, aunque se deberían realizar sesiones entre el personal sanitario para intentar modificar los aspectos que preocupan al paciente.^{601,602}. En el estudio del seguimiento los pacientes con anti coagulación oral desde Atención Primaria en un C.S de Burlada, en Navarra, de 253 pacientes, en 2010, se encontró que el control óptimo se ha alcanzado en el rango terapéutico +/-0.2, con un 75.1%. El grupo de edad con más visitas fuera de rango terapéutico fue el de menores de 65 años, frente al grupo de edad entre 75 y 85 años, que se situó como el más controlado. Esta diferencia la relacionaron con los diversos estilos de vida en distintos grupos de edad, razón por la que se desprende la importancia de la labor de enfermería en la Educación para la Salud en el fomento del autocuidado.⁶⁰³

Por tanto se considera que la descentralización protocolizada del tratamiento anticoagulante oral (TAO) en consulta de enfermería de pacientes de bajo riesgo supone un avance en la accesibilidad para el paciente con un control del INR aceptable^{604,605,606}. Se ha demostrado que la calidad de vida de los pacientes incluidos en el programa de medicación anticoagulante oral ACO no se ve afectada⁶⁰⁷.

Abordaje del Tabaquismo

A mediados de la década de los noventa, los profesionales sanitarios comenzaron a tomar conciencia de la importancia de abordar el tema del tabaquismo. Las enfermeras se implicaron mucho y mostraron interés en intentar concienciar a la población de los beneficios de dejar el tabaco. Un total de once artículos son los relacionados con el asunto. En 2005 en Bilbao se exploraron los hábitos, conocimientos y actitudes con respecto al tabaquismo en enfermería de Atención Primaria. Observaron que los profesionales mostraban una gran disposición a la

hora de aconsejar a los pacientes, gran interés en formarse y en asumir el papel de ayuda. Pero consideraron que había poca implicación de la Administración para aplicar consensos antitabaquismo⁶⁰⁸. Solo un año después, otros investigadores^{609,610,611,612,613,614}, evaluaron los resultados obtenidos del funcionamiento de la Consulta sobre tabaquismo.

Las unidades especializadas en este tipo de tratamiento, a través de sesiones terapéuticas intensivas y de seguimiento, ofrecen intervenciones que combinan técnicas de apoyo psicológico y proporcionan a las pacientes estrategias prácticas para lograr la abstinencia. De este modo, ponen de manifiesto la efectividad de un modelo de consulta de enfermería especializada, orientada y diseñada para todos aquellos fumadores disonantes, con una alta dependencia al tabaco y fracasos previos en mantener la abstinencia, así como aquellos pacientes que presentan serios problemas de salud relacionados con el uso del tabaco. El perfil de los usuarios era similar al de la mayoría de poblaciones que acuden a consultas de deshabituación realizadas a nivel nacional. La tasa de abstinencia obtenida siguiendo la terapia multicomponente a uno, dos o tres años es similar o superior a la que se obtiene con el mismo u otros métodos, por enfermeros u otros profesionales, tanto a nivel nacional como internacional y, por tanto, contribuye a validar a las enfermeras como profesionales competentes en el tratamiento del tabaquismo^{615,616}. Otros autores van más allá y dicen que también pueden abordar el Tratamiento de Deshabituación de Opiáceos en un Distrito de Atención Primaria⁶¹⁷.

Atención a Población Inmigrante

Conforme se han ido modificando las características demográficas, han cambiado las inquietudes de los profesionales. Cinco son los artículos que hemos encontrado acerca de esta cuestión.

Existe la creencia de que la población inmigrante es muy demandante de servicios de salud. Algunos estudios plantean habría que determinar las causas⁶¹⁸. Se considera que existe poca información sobre la salud de la población inmigrante y, aún menos, sobre sus desigualdades sociales en salud. Los estudios de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) en la población inmigrante del País Vasco⁶¹⁹, coincidían con un estudio anterior entre la población marroquí. El apoyo social y los síntomas de ansiedad/depresión de 621 inmigrantes y 1.388

autóctonos del País Vasco fueron también objeto de estudio. El apoyo social se midió mediante la Escala de Duke, los síntomas ansioso-depresivos mediante el MHI-5 y la CVRS con el cuestionario SF-36. Las peores puntuaciones del apoyo social y sintomatología ansioso-depresiva las obtuvieron los marroquíes. Por su parte, los autóctonos obtuvieron la mayor satisfacción con la vida social, las mujeres alcanzaron puntuaciones inferiores en casi todos los colectivos y se encontraron diferencias según el lugar de procedencia de los colectivos estudiados. Sus conclusiones fueron que: el origen geográfico determina los valores del apoyo social y la CVRS. La identificación de esta variable es clave para la Enfermería Comunitaria, ya que permite valorar las necesidades de salud de la población inmigrante y la planificación de los cuidados correspondientes.

En Toledo Gema Cid Calo⁶²⁰ encontró que la población inmigrante tenía una peor percepción de su salud en la dimensión ansiedad/depresión que la población general española. La valoración global de la salud en el día de la entrevista fue inferior en los inmigrantes de edades comprendidas entre los 30 años, y en los que declararon presentar ansiedad/depresión y dolor/malestar, respectivamente.

En 2006, en un área de salud de Barcelona, se evaluó el estado de las vacunaciones de los inmigrantes recién llegados en la primera visita y a los 12 meses⁶²¹. Los resultados de la educación para la salud con población inmigrante demuestran que se produce una evidente mejoría⁶²².

Violencia de Género

Encontramos dos artículos relacionados con este asunto. González Arroyo y Jaime Macías García⁶²³ desarrollaron una guía de actuación para los profesionales enfermeros frente al problema de la violencia de género. Esta guía incluye los aspectos bio-psico-sociales de las personas afectadas por malos tratos. Presentan algunos de los diagnósticos enfermeros más apropiados, incluyendo sus objetivos, intervenciones y actividades, todo esto guiado desde el modelo teórico de Virginia Henderson.

En el otro estudió se abordó la experiencia de mujeres víctimas de Violencia de Género atendidas en centros de Atención Primaria, desde su propio punto de vista, e identificó

factores relacionados con el mantenimiento o ruptura de la situación de maltrato. La metodología que empleó fue la de realizar entrevistas en profundidad a 35 mujeres.

Los relatos mostraron una alta variabilidad en las siguientes dimensiones bipolares: amor/odio al agresor, alta/baja autoestima, alivio/sufrimiento tras la separación, permanencia-separación pasiva-separación activa, apoyo familiar-apoyo condicionado-falta de apoyo, apoyo institucional/abandono-maltrato institucional. Su resumen fue que: la técnica de Relato Biográfico aporta información directamente de la vivencia de las mujeres víctimas de violencia de género para permitir una aproximación científica cualitativa al fenómeno. Asimismo, la perspectiva de las mujeres que permite identificar vivencias no siempre coincidentes con las concepciones previas acerca del maltrato⁶²⁴.

Problemas con la Sexualidad

Los problemas relacionados con la sexualidad no son fáciles de abordar, ya que existe factores de tipo cultural, de rol profesional e incluso de tipo estrictamente personal, que condicionan el afrontamiento y el tratamiento de este tipo de situaciones. De hecho, lo cotidiano es «pasar por alto», desde la misma valoración de necesidades, las cuestiones relativas al sexo, salvo que exista una petición o referencia expresa por parte del individuo. Cinco son los artículos que hemos localizado relacionados con la sexualidad.

El abordaje de los problemas de sexualidad requiere un trabajo multidisciplinar, bajo la coordinación de su enfermera de Atención Primaria⁶²⁵. La formación sobre esta materia en los profesionales es escasa,⁶²⁶ se considera muy necesaria ya que se presentan situaciones complicadas como el abordaje del tema de la homosexualidad^{627,628}. O de las infecciones de transmisión sexual (ITS)^{629,630}.

Control y Manejo Medicación

Ocho artículos tratan sobre el manejo de la medicación por los pacientes, la administración y sus reacciones. La seguridad clínica y el control del gasto ha sido una de las preocupaciones de los profesionales, por eso la revisión y actualización de protocolos y pautas de administración

son constantes. En 2007 en Cambrils, Ángeles Ibiricu Barro⁶³¹ trató de identificar y analizar los errores en la administración de fármacos en el ámbito de la Atención Primaria. Se han revisado la forma de administrar medicamentos que hasta hace poco era de uso exclusivamente hospitalario, como el metrotexato⁶³². También se revisan las posibles complicaciones y errores en las pautas de vacunación^{633,634,635,636}. Así como el uso de los nuevos apósitos para tratar las úlceras por presión⁶³⁷.

En 2006, Lledó García y col.⁶³⁸ en Serrapera (Cerdanyola del Vallés), evaluaron la cantidad y el impacto económico que suponen los medicamentos desechados y no consumidos por los pacientes en un Centro de Atención Primaria durante un año.

Se obtuvo información sobre el número de envases, tipo de medicación, precio e indicación de la misma. Encontraron que se desechaba un total de 5.228 unidades sin haber sido utilizadas, con un coste global de 67.471,64 euros (11.226.336 pesetas). Dentro de esta medicación, destacaban, con un coste superior a los 6.000 euros, los medicamentos antihipertensivos, los fármacos para el tratamiento de las enfermedades respiratorias y los antidepresivos. Costos más reducidos se observaron en el resto de grupos, como los protectores de la mucosa gástrica, hipolipemiantes, antidiabéticos, hormonas, antibióticos, fármacos utilizados en la patología cardiovascular, antiinflamatorios y analgésicos. Estos resultados mostraron la importancia del coste económico que supone los medicamentos desechados por los pacientes sin haber sido utilizados. La extrapolación de estos resultados a un área sanitaria mayor evidencia la magnitud real del gasto que comporta. Por este motivo, proponen mejoras en la política de prescripción y un control adecuado de los tratamientos farmacológicos.

Cuidados del final de la vida

Cinco publicaciones hacen referencia a los cuidados en el final de la vida. Se han publicado varios casos clínicos⁶³⁹ que afrontan el final de la vida en su domicilio. Se plantea la gestión de casos como la metodología idónea para abordar los cuidados integrales en el domicilio. Se analizan cuáles son las necesidades sentidas desde la perspectiva del paciente oncológico en el ámbito domiciliario. En un estudio en la Zona Básica de Salud de Almería en 2010, en el que utilizaron metodología cualitativa, con una muestra total de 13 pacientes pertenecientes. Encontraron que tenían necesidad de comunicarse con los demás, de expresar emociones,

necesidades, temores y opiniones. Se encontró como dificultad el acceso al médico de familia para que se atienda a domicilio, suponiendo un problema para alguno de los pacientes. Su conclusión fue que los enfermos oncológicos domiciliarios presentan unas necesidades básicas como la higiene, vestido, comer, eliminar y moverse siendo suplidas por la familia y amigos. La necesidad de comunicarse es esencial para todos los pacientes, incluso en los que existe pacto de silencio. Generalmente, los pacientes se sienten bien atendidos destacando la atención prestada por los profesionales del equipo de cuidados paliativos domiciliario pertenecientes a la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) y la Enfermera Comunitaria de Enlace⁶⁴⁰. Para mejorar una de las medidas consiste en revisar como han de ser los cuidados del reservorio subcutáneo.⁶⁴¹ Una experiencia novedosa fue realizada por alumnas de la Escuela de Enfermería de Huelva, en Centro de Salud de El Torrejón en Huelva, para promover el bienestar y la calidad de vida de las personas con enfermedad oncológica y sus familiares, realizaron talleres de bioenergética⁶⁴².

Afrontamiento proceso de Duelo

A lo largo de la vida, las personas se ven sometidas a pérdidas diarias que pueden dar la cara con descontroles en sus enfermedades crónicas, somatizaciones o aparición de nuevas patologías. De ahí la importancia de un adecuado cuidado enfermero en la atención a pacientes en procesos de duelo, captación de cuidadores principales de enfermos terminales, captación precoz de todos los dolientes y su seguimiento, desde el abordaje individual o con grupos de autoayuda. En este tema hemos recuperado seis trabajos. Encontramos que se han publicado protocolos y pautas de actuación para su abordaje en la consulta de enfermería^{643,644}. Se plantea que para hacer un buen abordaje es imprescindible primero hacer un diagnóstico diferencial entre lo que es un "Duelo disfuncional inhibido" con un diagnóstico de "problemas de Afrontamiento"⁶⁴⁵ así como diferenciar un duelo normal de uno patológico⁶⁴⁶, por si es necesario derivar el paciente a salud mental.

El duelo normal es doloroso y se suele superar sin ayuda profesional, por lo que la enfermera se centrará en los pacientes de riesgo, citándoles dos meses después del fallecimiento para seguir su evolución. Serán útiles el empleo de las técnicas de inversión de papeles y la de adivinar el pensamiento del difunto, también el compartir sentimientos y recuerdos sobre el

fallecido con personas que lo hayan conocido. Sin embargo, como muchos pacientes no tienen con quien compartir su malestar, la enfermera deberá transmitirles su disponibilidad, por si es necesario comentar o expresar algo, pues es convierte en su único recurso. Se considera en Atención Primaria, incluso la atención en casos tan complejos como el del duelo perinatal a la madre y a la familia⁶⁴⁷.

Los problemas mentales

Otros conflictos que también abordan las enfermeras comunitarias es el seguimiento de enfermos mentales. Sobre este asunto nos hemos encontrado varios artículos, uno del año 2001, que presenta un estudio hecho en Granada sobre cuál era la relación de las enfermeras de Atención Primaria con los pacientes de salud mental. Para ello, realizaron una encuesta a 56 profesionales de enfermería de los centros de Atención Primaria. La mayoría de los profesionales consideraban que no tienen formación para cubrir las necesidades de estos pacientes, no creen que los centros de salud sean un lugar adecuado para su seguimiento, ya que no se plantean objetivos ni hay consultas de seguimiento, no se realizan actividades coordinadas con los dispositivos de salud mental. Según estudios, el 38 % de los profesionales tienen miedo de estos pacientes, mientras que el 34% recuerda haber tenido un altercado con este tipo de personas y, para la mayoría, las actividades que realizan con estos pacientes son: administración de medicación y extracciones de sangre. Su conclusión ante estos resultados fue que las competencias (conocimientos, habilidades y actitudes) de las enfermeras de los centros de Atención Primaria para el cuidado de los pacientes con trastorno mental son insuficientes, por lo que mejorar dichas competencias es una necesidad del sistema sanitario, teniendo en cuenta que los problemas de salud mental son cada vez más frecuentes y producen gran discapacidad⁶⁴⁸. Pero pesar de las dificultades, se da atención a estos pacientes, se han publicado casos, como el de los cuidados administrados a una señora diagnosticada de esquizofrenia residual⁶⁴⁹. Se considera que deben de ser vistos por la enfermera especialista de Salud Mental, ya que tiene la formación especializada adecuada para ello.

Otros procesos

Existen otro tipo de procesos que son abordados por enfermería y que son objeto de estudio, los temas son tan variados como el análisis de las historias del Archivo de Pasivos que tiene que ver con los casos de exitus⁶⁵⁰. O el control comunitario de los pacientes con el VIH⁶⁵¹, las Estrategias nutricionales ante pacientes desnutridos en Atención Primaria⁶⁵² la efectividad de la intervención enfermera en el riesgo de caídas⁶⁵³. Otro como la necesidad evidente del Screening de Incontinencia Urinaria de la mujer en la consulta de enfermería⁶⁵⁴.

La soledad es uno de los problemas más importantes sentidos por nuestros mayores, y la necesidad de compañía. Un artículo publicó las experiencias llevadas a cabo en una comunidad, para cubrir de alguna manera esta necesidad, favoreciendo que los niños y niñas realizaran una actividad con su abuelo y/o abuela, o persona mayor cercana⁶⁵⁵.

En 2007, se publicó un estudio que trataba de conocer la efectividad del programa "Atención a la Gent Gran", en Sabadell. Analizaron la calidad de vida de la población de mayores de 65 años frágiles, diagnosticados de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), frente a la de los pacientes con atención habitual⁶⁵⁶. En 2008, se publicaron los resultados de un estudio de convivientes en casos de tuberculosis⁶⁵⁷, y en otro se analizaron los problemas de sueño en ancianos⁶⁵⁸.

En 2009, el tratamiento de quemaduras fue objeto de estudio en un Centro de Atención Primaria (CAP) de ámbito urbano. Encontraron que el 88% (82; IC del 95% 81,41-94,59) de las quemaduras se debió a un agente térmico. El aceite de cocina es el primer elemento causal (24; 27%; IC del 95% 17,99-36,01). El 70% de las heridas fueron señaladas como dérmicas superficiales (65; IC del 95% 60,70-79,30). El 61% (57; IC del 95% 51,70-70,30) se localizó en extremidades superiores. La superficie corporal quemada media registrada indicó 0,0076% (mediana =0,005%; rango = 0,0001-0,5000%). El mayor número de heridas se observó en los varones de 31 a 45 años (17%; 16; IC del 95% 9,38-24,62). Concluyeron que se precisan programas de educación para la salud centrados en la prevención y actuación ante una quemadura⁶⁵⁹.

En 2011, en una Unidad de Gestión Clínica "Río Nacimiento" del Distrito Almería se revisó la gestión de los análisis clínicos. Los resultados obtenidos determinaron que un 11,5% de las analíticas realizadas durante el año 2010 fueron solicitadas por Asistencia Especializada y se

completaron con Perfiles analíticos correspondientes, según programa o proceso al que pertenecía cada paciente. Su conclusión principal fue que, en consulta de enfermería, se puede contribuir a aumentar el grado de bienestar de los pacientes disminuyendo las técnicas invasivas, como es la extracción de análisis clínicos programados, consiguiendo que un mismo procedimiento sea válido tanto para Consulta de Atención Especializada como de Primaria⁶⁶⁰.

Atención Población Infantil

Los estudios que tienen como centro de interés a la población infantil son seis. La enfermera de atención infantil de Primaria no está generalizada, en muchos centros, esta atención la asumen entre todos los enfermeros. Aunque cada vez son más centros, los que crean esta nueva figura especializada. Este es el caso del centro de salud de Guadix. Su experiencia con esta nueva enfermera, es muy positiva. Esta se encarga de atender a una población de 3.100 niños, de edades comprendidas entre los 0 y 14 años dice han permitido un aumento de la calidad de los servicios prestados en prevención, promoción y educación sanitaria, así como la creación de un ambiente más humanizado, no solo con la población infantil sino también con sus familias⁶⁶¹.

Los trabajos encontrados en esta población, abordan temas muy variados como son: curas, alimentación etc. En la cura de herida a niños las revisiones de la literatura dicen que los adhesivos tisulares para laceraciones traumáticas en niños y adultos van bien⁶⁶², que el adhesivo tisular es seguro en heridas de cortes sencillos para niños frente a sutura. Con relación a la cura del cordón umbilical, en un estudio hecho en Santa Coloma de Gramanet y Badalona, se evidenció que no existían diferencias entre realizar la cura umbilical con o sin antiséptico, respecto al tiempo de caída o la aparición de complicaciones⁶⁶³.

En alimentación la lactancia materna es un tema importante. En Madrid se hizo un estudio sobre prevalencia de lactancia materna, los resultados que encontrados dijeron dicen que es aceptable, si bien un escaso porcentaje llega hasta el 6º mes. Nacer en la sanidad pública, con un parto eutócico y edad gestacional a término, favorece la lactancia materna. De hecho, consideraron que se debe fomentar la Educación para la Salud y el autocuidado, orientada a la lactancia materna tanto en Atención Primaria como en Especializada, y crear protocolos de actuación conjunta que faciliten a la madre la decisión y, sobre todo, su mantenimiento⁶⁶⁴.

El estudio del estado Nutricional de la población infantil realizado desde la consulta de Enfermería de Pediatría de Atención Primaria, es otra de las cuestiones destacadas. En 2009, Rincón del Toro y col.⁶⁶⁵ en Alcobendas, y en 2011, Andrés Carreira y col., en Cantabria,⁶⁶⁶ planteaban la necesidad de iniciar una serie de actividades para disminuir la prevalencia de obesidad y sobrepeso infantil a largo plazo, pero también para incrementar su detección en un primer momento.

Cirugía Menor

La Cirugía menor está emergiendo como una de las actividades frecuentes en Atención Primaria, y las enfermeras también participan en ella. Dos artículos dan fe de ello, los dos firmados por el mismo autor, Fernando Griñán Soria⁶⁶⁷. En el primero, presentó el caso de un paciente con un dermatofibroma localizado en el cuello. En él manifestaba que la técnica de cirugía menor en Atención Primaria fue posible gracias al trabajo en equipo del personal médico y de enfermería. En la segunda publicación, describe cómo realizar una técnica quirúrgica de V, plastia invertida, para la reconstrucción de un desgarró casi completo del lóbulo de la oreja⁶⁶⁸.

Tratamiento de Herida Crónicas

La atención a pacientes con heridas crónicas es un importante para los profesionales de enfermería, ya que estas lesiones constituyen un importante problema de salud con graves consecuencias a diferentes niveles, tanto en la calidad de vida de los usuarios, como en la utilización del tiempo asistencial de enfermería o en la utilización de recursos materiales. El tema es tan relevante que el volumen de artículos encontrado es muy significativo, hemos localizado 25 publicaciones, siendo tres las que tratan el tema de las úlceras vasculares y veintidós las úlceras por presión.

Tratamiento de las Úlceras Vasculares

Las úlceras vasculares tienen una prevalencia entre el 0,1 y el 0,3% en la población general, duplicándose estos valores si hablamos de personas mayores de 65 años. Se trata de lesiones que inciden negativamente en la calidad de vida de las personas que las padecen, debido a su larga evolución y difícil cicatrización provocando una disminución importante de la calidad de vida del paciente. La elección de un tratamiento adecuado a la úlcera venosa tiene una importancia extrema para la correcta evolución y cicatrización de la lesión. Son útiles los talleres sobre el tratamiento de estas heridas para facilitar el abordaje preventivo y la educación sanitaria a cuidadoras y pacientes con heridas crónicas en miembros inferiores, además de consensuar, desarrollar y unificar criterios de valoración, planificación y continuidad de cuidados por parte de la enfermería⁶⁶⁹.

En 2010, Ángel Romero Collado⁶⁷⁰ presentó los cuidados necesarios a un paciente varón de 84 años, con una úlcera isquémica en la extremidad inferior. Juan Andrés Moreno Gómez⁶⁷¹ presentó otro de un paciente con úlcera de origen venoso, de 2 años de evolución, en el que se realizan curas con apósito de plata y vendaje compresivo multicapas y que, después de seis meses de tratamiento, llegó la cicatrización.

La revisión bibliográfica sobre la técnica de la Medida del índice tobillo-brazo en las consultas de Enfermería de AP, dice que el eco-doppler portátil es un método de diagnóstico no invasivo, de bajo coste y de gran accesibilidad para las consultas enfermeras, pudiéndose hacer controles en el domicilio del paciente, si fuera preciso y que aporta mucha información. Entre sus numerosas aplicaciones, cabe destacar la utilidad en la estratificación del riesgo cardiovascular, en el diagnóstico de la arteriopatía periférica, dentro del diagnóstico y tratamiento de las úlceras vasculares y en el control y seguimiento de algunos pacientes crónicos con diabetes Mellitus o hipertensión arterial⁶⁷².

La cura de Úlceras por Presión

El total de artículos encontrados fueron veinte. La prevalencia de las úlceras por presión cruda (PC) en Atención Primaria es de 5,89% para los pacientes mayores de 14 años incluidos en el programa de atención domiciliaria⁶⁷³. Esto supone que las enfermeras deben dedicar buena parte de su actividad domiciliaria a curar de este tipo de heridas.

En 2007, Moreno Pina y col.⁶⁷⁴ hicieron un análisis de las escalas de valoración, EVRUPP del riesgo de desarrollar una úlcera por presión, para conocer si hay alguna desarrollada para su uso en el ámbito de la atención domiciliaria y adaptada al contexto español. Tras la revisión, concluyeron que en estos momentos, la EVRUPP que ha demostrado una mayor validez y fiabilidad es la escala de Braden- Bergstrom.

Se publican varios estudios de prevalencia^{675,676} , en 2008, Ustrell-Olaria y Amorós-Miró trataron de averiguar la prevalencia de heridas de la piel en pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria (ATDOM) de 2 áreas básicas de salud de la ciudad de Barcelona. Lo que pretendían era conocer la opinión de las enfermeras de dichas áreas. El registro informático identificó a 381 pacientes de ATDOM, con una prevalencia de heridas en la piel del 9,18%. Igualmente, el 40% de las visitas a domicilio realizadas por las enfermeras en el mes de abril fueron a pacientes que presentaban heridas de la piel. El 72% de las enfermeras estaba atendiendo curas a domicilio y el 50% opinaba que era necesario disponer de más tiempo para la atención domiciliaria. Como conclusión, recogieron que los diagnósticos de enfermería y los actuales códigos de enfermedades no permiten la identificación de las heridas quirúrgicas. La diversidad de opiniones entre las enfermeras pone de manifiesto que la actual organización de las agendas no es siempre satisfactoria⁶⁷⁷ .

En 2009, en la ZBS de Piloña (Asturias), la prevalencia de UPP fue del 0,39%. El 69% de las personas con UPP estaba incluido en el servicio Atención Domiciliara, concluyeron que la implantación y utilización de protocolos de valoración y registro con el soporte de las nuevas tecnologías permite disponer de datos reales y fiables sobre la población de la ZBS, posibilitando un seguimiento temporal de la prevalencia de UPP y otros indicadores epidemiológicos⁶⁷⁸ .

Las necesidades básicas que pueden verse afectadas a causa de este tipo de heridas⁶⁷⁹ para mejorar la calidad de la atención se considera necesario mejorar la formación, tanto a profesionales como cuidadores^{680,681} y elaborar protocolos y guías de actuación sobre el uso de los apósitos para curar estas heridas^{682,683,684} .

En 2007, Segovia Gómez, Javares Curto y Verdú Soriano⁶⁸⁵ hicieron un estudio de los cuidados en piel perilesional, o con riesgo de lesión, y evaluaron la efectividad del Mepentol Leche en el estado de la piel perilesional (cuando hay lesiones instauradas) o en aquella que presenta un

elevado riesgo de lesión. Los profesionales dicen que la gran variedad de productos existentes en el mercado hacen necesarios estudiar cuales son los más adecuados, realizando una sistematización que puede ser de utilidad en el día a día en centros de salud^{686,687}. Zapata Sampedro y Castro Varela^{688,689,690} publicaron varios casos, de abordaje de este tipo de lesiones, otros autores publicaron pautas de tratamiento en úlceras infectadas⁶⁹¹. Parece ser que son útiles los apósitos de plata nano cristalina combinados con apósitos hidrocélulares⁶⁹².

El gasto farmacéutico que supone el uso de apósitos es una preocupación para las administraciones y también para los profesionales. En los distritos en los que se ha analizado el gasto, comprobaron que el incremento es significativo en los últimos años. Comprobaron que los apósitos más frecuentados en los diferentes Centros de Salud (C.S.) son los hidrocoloides y las esponjas. Encontraron muy pocas diferencias en la variedad de apósitos utilizados entre los C.S.⁶⁹³.

V.2.3.4. Cuidado a las Cuidadoras

Casi desde el comienzo de la Atención Primaria, las enfermeras se percataron del importante papel que realizaban las cuidadoras de los diferentes miembros de la familia de enfermos y dependientes. Los trabajos analizan el perfil de las cuidadoras y los talleres que se han realizado para mejorar su situación. En total hemos encontrado 26 publicaciones que abordan este tema.

Los estudios revisados dicen que el cuidador tipo es una mujer de 52 años, hija del paciente⁶⁹⁴, la mayoría presenta síntomas de sobrecarga^{695,696,697,698}. Los factores relacionados con esta son nivel de dependencia en las AVDB (no así en las instrumentales) y deterioro cognitivo (Pfeiffer) del inmovilizado, existencia de descansos/sustitutos, horas de dedicación (no en el caso del número de días semanales), y coexistencia de otros problemas de cuidador a nivel de relaciones familiares, sociales, uso del tiempo o problemas emocionales/psíquicos. Es importante tener en cuenta los factores relacionados con la sobrecarga del cuidador, los no modificables pueden sugerir situaciones de riesgo y actuar sobre los modificables podría disminuir la sobrecarga^{699,700,701,702}. Sobre todo en el caso de los cuidadores de personas que padecen Alzheimer conlleva un importante costo humano que, en la mayoría de los casos, pasa desapercibido⁷⁰³.

Se propone la utilización de diagnósticos de enfermería como herramienta de planificación de objetivos e intervenciones para hacer frente a las carencias detectadas⁷⁰⁴. Destaca el diagnóstico, “riesgo de cansancio en el desempeño del rol de cuidador” relacionado con la severidad y cronicidad de la enfermedad de la persona a la que cuida⁷⁰⁵. En otro estudio se detectó que las cuidadoras además de cansancio, miedos e inseguridades, expresan que sienten la obligación de ejercer esta tarea por ser mujeres. Reclaman mejoras en el acceso a los servicios sanitarios. En el caso de los pacientes, se observan sentimientos de soledad, miedo al dolor, al empeoramiento o a la demencia. Para ellos, es un valor permanecer en su domicilio. El trabajo revela la necesidad de introducir cambios en la organización domiciliaria con la participación de todos los implicados.

Se han publicado experiencias valoración la situación de las cuidadoras, como las llevada a cabo por Ferré Grau y col.⁷⁰⁶ que estos quisieron conocer las vivencias subjetivas relacionadas con el manejo de la incertidumbre en cuidadoras. Utilizaron como método de análisis el mapa conceptual de la ‘Teoría de la Incertidumbre’ de M. Michel, para profundizar en la comprensión de los fenómenos de incertidumbre y estrés que emergen en el relato de las vivencias de las cuidadoras familiares y que les puede llevar a una situación de alta vulnerabilidad, que incrementa el riesgo de padecer diversos problemas físicos y emocionales.

Los talleres de apoyo al cuidador parece que son útiles⁷⁰⁷. En el Distrito Serranía, realizaron 13 talleres para cuidadoras en las distintas Zonas Básicas. La edad media de las cuidadoras asistentes, un total de 76, se encuentra comprendida entre los 38 y 74 años. La evaluación, fue que al 90% le gustaría volver a repetir la actividad, siendo la relajación la parte que más le gusta y los talleres los responsables de su alto grado de satisfacción. Llegaron a la conclusión de que los talleres son útiles, porque mejoran la satisfacción de las cuidadoras en cuanto al rol que desempeñan y también, el agrado de los profesionales que los imparten. Ayudan a mejorar la calidad de vida de las propias cuidadoras y la calidad de los cuidados que prestan⁷⁰⁸.

Otro aspecto estudiado ha sido la situación de las cuidadoras inmigrantes, que en los últimos años han tenido un aumento progresivo en el ámbito doméstico. Estos cuidadores suelen ser invisibles al sistema sanitario. Las enfermeras son conscientes de que están beneficiando la calidad de los cuidados domiciliarios. Actualmente, la atención que se les presta es exclusivamente a nivel individual por iniciativa de cada enfermera, sin que su abordaje esté incluido en cartera de servicios. El tema fue abordado por autores como Esther Navarro

Maestre⁷⁰⁹ y Fernández Lao y Silvano Arranz que destacaron de ellas el cariño, la paciencia y el ponerse en el lugar del otro. Como conclusiones, fueron que es necesario regularizar este trabajo, suministrar descansos proporcionales a la jornada laboral y reconocer al cuidador inmigrante en la cartera de clientes del sistema sanitario, tanto en el ámbito formativo como en el preventivo⁷¹⁰.

En un estudio con una muestra de 30 cuidadoras, encontraron que, todas ellas son mujeres, con una edad media de 42 años, procedentes de Europa del Este (30%) y Sudamérica (70%). del total, residen en España de 1-3 años (50%); son internas (60%); con barreras lingüísticas (30%); desean recibir información (99%), sobre cuidados y técnicas de enfermería (70%); no padecen enfermedades, ni toman medicación (73%). Perciben como bastante buena su calidad de vida (60%); no tienen ningún problema para realizar tareas habituales (83%); elevado apoyo (56,6%) e interacción social (70%); aunque parte de ellas cuentan con problemas emocionales (13,4%)⁷¹¹. En otro de revisión bibliográfica y grupo de discusión con enfermera/os de familia y enlace, propusieron que debe darse un avance real y reflexión en profundidad en la atención que se les presta, y que sería interesante sistematizar la Promoción de Salud para seguir apostando por unos cuidados de calidad en el ámbito domiciliario⁷¹².

También se han estudiado en los cuidadores sus vivencias, creencias y expectativas tras el fallecimiento del familiar, respecto a la competencia y accesibilidad de los profesionales de enfermería que les ha atendido durante el proceso. La conclusión a la que llegaron fue que en cierta forma, se nos sigue viendo como profesionales eminentemente técnicos, y piden mayor implicación en aspectos como el trato, la comunicación o ayuda para aliviar el sufrimiento⁷¹³.

V.2.3.5 Educación para la Salud, el Autocuidado

Una parte del cuidado que las enfermeras realizan en Atención Primaria, es “estar pendiente”, es decir, prevención y precaución. La Enfermera Comunitaria es una experta observadora, capaz de detectar factores de riesgo que pueden afectar a la salud de las personas. La herramienta que normalmente utiliza para concienciar a la población de que hay factores ambientales, sociales y actitudes individuales que pueden repercutir negativamente en su salud, es la promoción y la educación para su autocuidado de salud, tanto individual como grupal. Sobre este tema hemos localizado un total de 58 trabajos Diecisiete de ellos tratan y

analizan las funciones y el papel que la EpS y las actividades preventivas que deben jugar en Atención Primaria y, especialmente, lo que significan para la enfermería comunitaria. Analizan su evidencia científica y presentan diferentes experiencias con temas tan variados como la fibromialgia, la relajación, el ejercicio, el estreñimiento o la memoria.

En estos trabajos se analizan las actividades preventivas y las funciones de la institución sanitaria. Proponen que la Enfermería Comunitaria plantee un diálogo entre los problemas y necesidades de salud y sus condiciones de vida. Desviar la culpabilidad individual y acercar la responsabilidad social e individual como ideología presente en la actividad preventiva enfermera^{714,715}, Manuel Orta González⁷¹⁶ considera que la educación para la salud (EpS) a la población es una de las funciones de enfermería dentro del ámbito de Atención Primaria, fundamental para cambiar hábitos y hacerlos más saludables. Que deberá estar basada en un modelo, en un marco conceptual, apoyado en una guía que facilite la realización del trabajo educador. Que debe de utilizar métodos bidireccionales en el aprendizaje, programando exhaustivamente todo lo que se va a realizar.

Los resultados de la revisión bibliográfica sobre la eficacia de la EPS, tanto individual como grupal hecha por De Cabo Laso y col.⁷¹⁷ dicen que encontraron pocos estudios comparando efectividad de EpS grupal e individual con calidad óptima. Que en diabéticos, ambas mejoran conocimientos, reducen HbA1C, colesterol HDL, IMC, PA sistólica y aumentan el uso de tiras reactivas. En asmáticos, las dos mejoran la función pulmonar, las escalas de auto-eficacia y disminuyen visitas al Servicio de Urgencias. En preparación al parto, las cesáreas no disminuyen con ninguna EpS. Todos estos datos les llevaron decir que los estudios indican que es necesario investigar más en eficacia y efectividad de EpS en cambio de hábitos. Su conclusión fue que la EpS grupal e individual es igual de efectiva, siendo la primera la menos coste-efectiva y más recomendada. En una revisión hecha sobre a las actividades o programas de salud aplicados en personas mayores de 65 años. Dijeron que hay mayor interés por el estudio de actividades de promoción en salud para población anciana en países del ámbito anglosajón y un despertar del mismo en Iberoamérica. Que la implantación de los programas demostró eficacia para fomentar cambios en el estilo de vida y producir mejoría en la condición física y el mantenimiento de la autonomía. Y que posteriores seguimientos demuestran mejoría sobre la salud, aunque con el paso del tiempo el efecto de la intervención

va disminuyendo. Hay necesidad de centrar la atención y esfuerzos en grupos específicos en riesgo de exclusión social⁷¹⁸.

En Barcelona Nuria Puig-Girbau⁷¹⁹ realizó un estudio que comparaba una intervención educativa grupal frente a una atención individual para mejorar variables clínicas, y de gestión, en pacientes con riesgo cardiovascular (RCV) atendidos en Atención Primaria (AP). Se demostró que el control grupal en AP de pacientes con RCV ahorra tiempo al colectivo de enfermería respecto al control individual, sin perjuicio del grado de control del paciente. Consideran que son necesarios más estudios para definir mejor que tipo de paciente es más susceptible de abordar el control de su enfermedad cardiovascular mediante talleres grupales y si esta reducción repercute en el consumo de otros recursos asistenciales. La enfermería de Atención Primaria interviene activamente en la reducción del riesgo cardiovascular y en la mejora de la calidad de vida de los usuarios⁷²⁰.

En otra investigación en la que se analizó la eficacia educativa en un grupo de mujeres consumidoras de fármacos ansiolíticos y antidepresivos, demostró que el consumo de fármacos experimentó un claro descenso tras el programa pero, que con el transcurso de los años, tiende a elevarse de nuevo, lo cual indica la necesidad de realizar sesiones de refuerzo. El grado de inserción laboral, supuso un incremento de más del doble respecto a la cifra inicial de mujeres que trabajaban. A la luz de los resultados conseguidos con el programa y sus beneficios a lo largo del tiempo, se consideró oportuno recomendar la implantación de programas centrados en habilidades sociales⁷²¹. Los resultados de otra intervención grupal con un taller sobre autoestima y manejo emocional. Con un grupo de 22 mujeres limpiadoras, en una zona de transformación social en el Distrito Sanitario de Córdoba, con una duración de 11 sesiones. Mostró al final de las actividades, que la satisfacción fue generalizada por ambas partes (docentes y las mujeres participantes)⁷²².

Sobre Educación individual, también se han publicado varios trabajos que han tratado diferentes temas, todos ellos con buenos resultados. María Jesús Chorén Freire^{723,724} estudió los hábitos y estilos de vida de pacientes con patología crónica pertenecientes a la Unidad Básica Asistencial que hayan sido visitados en la consulta de enfermería durante el período de estudio comprendido entre marzo y junio de 2004. Tras la EPS, un 37 % de la población había realizado modificaciones dietéticas. Un 19 % transformaciones en asuntos de consumo de fármacos y un 28 % aumentaron el ejercicio físico. En otro estudio experimental con un caso

de educación sanitaria individual, en una mujer que debutó con Diabetes tipo 2, demostró ser eficaz, puesto que resultados fueron muy positivos para ella, ya que según indicaron la analítica y constantes biológicas, aumentó su nivel de salud⁷²⁵. Sarrió⁷²⁶ analizó el papel de la educación sanitaria de enfermería en el padecimiento de Fibromialgia en Atención Primaria. Otros trabajos justifican determinadas recomendaciones dietéticas, como la de recomendar el consumo de alimentos enriquecidos en esteroides y estanoles vegetales, como apoyo al control del colesterol sérico⁷²⁷. Como se abordan el tema de el estreñimiento^{728,729}, o la opinión de los lectores en relación a los requisitos que deberían ser encontrados sobre la legibilidad de los folletos de Educación para la Salud⁷³⁰.

La Educación para la Salud y su eficacia en problemas clásicos como la diabetes fue abordada por varios autores y todos ellos encontraron resultados positivos⁷³¹ en educación grupal a personas con diabetes Mellitus tipo 2, como complemento de la educación individual recibida en las consultas de enfermería, sobre los conocimientos adquiridos de la enfermedad, demuestra que es eficaz demuestra cambios en términos de conductas y la mejora en el control metabólicos^{732,733,734,735,736,737,738}.

También parece que tiene buenos resultados en prevención de la Diabetes⁷³⁹. La efectividad de un programa de intervención sobre cambios en los estilos de vida (dieta y ejercicio físico) para la prevención del desarrollo de DM2 en individuos con alto riesgo de la población que se encuentra dentro del parámetro de los 45 y 70 años, de ambos sexos, en la zona básica de salud de Arévalo⁷⁴⁰. La educación en el cuidado de los pies también es satisfactoria^{741,742}.

La educación para la salud dirigida a población infantil y juvenil ha dado lugar a 20 artículos. La problemática de la población joven fue estudiada por Marta Molina Molina y col.^{743,744}. Los modelos de intervención para la promoción y prevención para la salud, en jóvenes y adolescentes, se implementan desde diversas instituciones públicas. En algunos centros de salud en colaboración con los centros educativos se ha implantado la "Consulta Joven" que consiste en un programa de Educación para la Salud (EpS) basado en la estrategia de acercamiento de la atención sanitaria a espacios propios de los jóvenes y en la coordinación entre salud y educación^{745, 746}. Otros tratan de conocer las necesidades de los jóvenes⁷⁴⁷.

El tema de la adiciones en los jóvenes es una preocupación que ha dado lugar a varias experiencias educativas y estudios de consumo de alcohol y drogas^{748,749,750,751}. Almazora

Navarro Moya y col. durante los años 2002 y 2003, desarrollaron un proyecto educativo con un colegio de la ZBS: la promoción de la salud en la escuela, una intervención sobre hábitos tóxicos. Se impartieron sesiones de educación sanitaria a 251 alumnos de entre 10 y 12 años acerca del tema 'drogas, tabaco, alcohol'⁷⁵². Sus conclusiones finales fueron que: preocupa el porcentaje de niños que han fumado o han bebido alcohol y el ambiente familiar poco saludable. Los conocimientos, satisfacción y motivación de los alumnos crecieron notablemente tras las sesiones, lo que debe animar a fomentar estas actividades educativas y a hacer un seguimiento prospectivo de la efectividad de las intervenciones.

La sexualidad en los jóvenes es el centro de interés autores que tienen como meta evaluar los conocimientos e inquietudes sobre sexualidad en adolescentes⁷⁵³. Marifé Álvarez Rodríguez, estudió la forma de coordinar escuela y servicios de salud para cubrir las necesidades de los adolescentes; promocionar estilos de vida saludables en los jóvenes y prevenir problemas de salud afectivo-sexual, salud mental, consumo de drogas/alcohol y salud alimentaria; crear un sistema en red para dar respuesta rápida⁷⁵⁴. Portillo Boyero y col. analizaron la situación con alumnos de 3º de la ESO de un Instituto del Área 4 de Madrid tras la realización de unos talleres de educación afectivo-sexuales en dicho Instituto. El desenlace al que llegaron fue que la mayoría de los adolescentes creía tener información suficiente sobre sexualidad y refirió saber cómo evitar un embarazo no deseado y a dónde acudir en caso de necesidad tras la realización de los talleres. Los autores del estudio consideraron que los sanitarios deben implicarse en la educación sexual de los adolescentes a través de unos talleres que se ajusten a las necesidades demandadas por los adolescentes, así como a las carencias de éstos. Y creen que sería necesario incluir la educación afectivo-sexual dentro del modelo de atención comunitaria⁷⁵⁵.

Se publican experiencias educativas como la llevada a cabo con estudiantes de E.S.O que utilizaron el cine como herramienta de trabajo. Consistió en un taller con 5 sesiones: 1) Presentación del taller e introducción de la película; 2) Divulgación de conocimientos generales sobre anatomía, fisiología y sexualidad; 3) Prácticas de riesgo, métodos anticonceptivos, prevención de ETS; 4) Visionado de la película; 5) Debate de la película, que sirva como puente analítico entre la realidad y la parte de ficción. Concluyeron que el cine tiene gran impacto en los comportamientos y formas de vivir de los jóvenes y contribuye a fomentar, transmitir o cambiar valores o contravalores sociales, además de tener gran poder motivador y de

atracción. Por eso, se trata de una herramienta fundamental para la promoción de hábitos de vida saludables. En una segunda fase proponen evaluar dicha intervención⁷⁵⁶.

Otro tema estudiado ha sido el de bullying y la violencia adolescente. Se planteó la Intervención de Enfermería con un programa con diez pasos, con modelos de identificación desde 10 años: compañeros, padres y profesores. Se utilizó confrontación cognitiva, comunicación persuasiva, "role playing" y seguimiento/control. Con este programa, enfermería se dota de una herramienta útil para una prevención eficaz y mantiene su rol de permanecer en primera línea, ofreciendo cuidados basados en la evidencia con herramientas de prevención/promoción de la salud (aquí desde la Enfermería Psicosocial y con un sentido Comunitario)⁷⁵⁷.

Los estudios dicen que hay pocos trabajos publicados de evaluación de los programas de promoción de salud en educación primaria. En 2007, González Gibert y col.⁷⁵⁸ estudio, revisó y valoró una selección de los mismos, de acuerdo con unos criterios establecidos previamente. Los resultados obtenidos sugieren que hay pocos programas de prevención inespecífica dirigidos a alumnos de primaria. Existen escasos programas que cumplan todos los criterios de calidad y los que gozan de un gran nivel, no tienen una accesibilidad fácil, cosa que dificulta su difusión y aplicación. Miguel Bennasar⁷⁵⁹ hizo una encuesta de satisfacción acerca de una intervención enfermera comunitaria en un instituto y el resultado fue los alumnos mostraron una buena acogida lo que reafirma el papel comunitario de esta actividad enfermera de Atención Primaria.

Otros trabajos dicen que en la promoción es fundamental la participación de la comunidad es fundamental, mediante la identificación de problemas e intervenciones válidas para cada grupo poblacional, siempre centrándose en sus necesidades⁷⁶⁰. Que la familia permite ofrecer verdaderos cuidados de enfermería. Rosa María Galicia Aguilar⁷⁶¹ presentó los resultados del proceso de enfermería familiar que se realizó en una zona de influencia del CECACVI-BUAP, con el propósito de brindar cuidado de enfermería a familias con un integrante con DM2 en el contexto de la cultura familiar.

En este contexto, se empleó como marco referencial el modelo de Friedman; se aplicó el instrumento de valoración corta para indagar lo que la familia hace para alcanzar el objetivo de la salud. Se valoraron 10 familias, todas de tipo nuclear y que se encuentran en la etapa de

desarrollo del nido vacío. Se concluyó con la siguiente inferencia diagnóstica: el manejo inefectivo del Régimen Terapéutico Familiar. Para dar respuesta a las necesidades de salud de la familia, se diseñaron y aplicaron intervenciones de promoción a la salud mediante visitas domiciliarias para fomentar el autocuidado. Además, para evaluar el impacto de las intervenciones, se realizó un programa llamado Familias Saludables en el que cada familia expuso lo que aprendió con las enfermeras sobre el cuidado de su salud. Su conclusión fue que el trabajo de enfermería con familias implica un reto profesional pero, además, brinda una oportunidad para dejar los esquemas tradicionales de cuidado y permite el desarrollo del trabajo independiente y autónomo de la enfermería profesional.

Se han publicado otras experiencias de promoción de salud, como la llevada a cabo en el barrio La Cañada de San Urbano en Almería, que de forma bimestral, realizaron una jornada saludable en la que se abordaron diferentes temas relacionados con el cuidado de la salud y que incluyeron actividades en consonancia. Casi todas ellos trataron el tema de la alimentación y ejercicio^{762,763,764}. La Diabetes e Hipertensión, Menopausia y Andropausia, Sexualidad y Dependencias⁷⁶⁵ O activación de la memoria⁷⁶⁶.

En Galicia, Pablo Alonso Villar y María Puime Miguez⁷⁶⁷, redactaron un manuscrito en el que abordan los programas de intervención comunitaria, que se han desarrollado para ofrecer tratamiento a pacientes con trastorno mental grave (TMG). En él, se hizo especial hincapié en el modelo de tratamiento asertivo comunitario (TAC), que parece ser la alternativa más eficaz para proporcionar atención comunitaria integral y continuada a los pacientes con TMG. Oscar Del Saz Candel⁷⁶⁸ y colaboradores desvelaron su experiencia de intervención comunitaria enfermera para sensibilizar a los usuarios sobre la gran repercusión que tiene el consumo de tabaco en la salud y el de ofrecer alternativas realistas abandonando el hábito, como puede ser la consulta de enfermería de deshabituación tabáquica. Esta actividad consistió en la realización y exposición de un mural de 5 metros cuadrados sobre esta problemática, así como la presencia de una enfermera el Día Mundial Sin Tabaco como una manera de reforzar el mensaje del mural.

En 2011, Sandra Milena Hernández Zambrano⁷⁶⁹ hizo una reflexión a partir de los postulados de Alma Ata y animaba a la cooperación y participación ciudadana a recuperar los valores. Se considera que la enfermera tiene un rol activo y relevante en los cambios que demanda la sociedad, con una población cada vez más envejecida. Que es el profesional adecuado para la

coordinación con otros profesionales, instituciones, organizaciones de voluntarios y el propio ciudadano. Plantea necesario hacer un abordaje comunitario para la formación de grupos de voluntarios⁷⁷⁰.

Varios estudios analizan como y cuanta educación para la salud se ha realizado, en 2008, Joaquín Salvador Lima Rodríguez⁷⁷¹ en Sevilla se propuso conocer la EpS grupal desarrollada por las enfermeras durante 2003. Para ello pasó un cuestionario a un colectivo de 100 enfermeras y matronas de 17 centros de salud de Sevilla y provincia. Sus resultados fueron:

Las matronas utilizan EpS grupal de manera habitual (100%), seguidas por las Enfermeras de Enlace (75%) y las enfermeras de familia (27,5%). Las principales dificultades son: falta de conocimientos y habilidades, carencia de recursos materiales, tiempo y espacios adecuados. Para mejorarla, sugieren una serie de puntos: formación (72%) en metodología docente, disponibilidad de tiempo y espacio, cambios en la ordenación funcional, mayor apoyo institucional. Las enfermeras tienen buena disposición para desarrollarla, siendo necesario facilitar su formación y aportar los recursos adecuados. En Toledo, Martín Morcillo y col. estudiaron las actividades de Educación para la Salud realizadas en centros de educación primaria, durante el curso 2005-2006. Su resumen final fue que se realizan muy pocas actividades de EPS. La que se hace, se caracteriza por ser talleres prácticos, de corta duración y poca continuidad en el tiempo. Los temas más relacionados con el ámbito sanitario: hábitos higiénico-dietéticos, hábitos tóxicos y educación afectivo-sexual son los menos impartidos. Que los profesionales sanitarios están poco implicados, siendo las enfermeras comunitarias el colectivo más participativo. Consideraran imprescindible establecer mecanismos de coordinación entre administraciones educativa y sanitaria para llegar a un grupo de población sana amplio y susceptible de intervención (30.000 matriculados en 2006)⁷⁷². Otros autores en cambio consideran que el trabajo de la enfermera ha tenido una gran influencia, especialmente en la atención a las personas con procesos crónicos. Los estudios con observación participante y de la interacción verbal, compartiendo sus lugares de ejercicio en una pequeña aldea pequeña del mediterráneo, y obtuvieron que estos grupos de personas ha alcanzado el nivel de conocimientos necesario para elegir entre formas de vida sana e insana, ha producido una afectación en lo que podríamos llamar el paisaje urbano. Con su estudio, pudieron comprobar la presencia de ciudadanos con problemas de salud crónicos, que se han hecho visibles en los jardines y parques⁷⁷³.

V.2.3.6. Mejoras en la Relación con el Paciente

Encontrar indicadores que midan el grado de efectividad del trabajo que han realizado las enfermeras comunitarias es difícil, puesto que los resultados de los cuidados no siempre son evidentes a corto plazo. Nueve trabajos están relacionados con este tema. En 2007, Carmen Ferrer Arnedo elaboró un proyecto con una metodología que permitían la elaboración y estabilización de los procesos de gestión del responsable de enfermería del equipo de Atención Primaria. Éste permitía mapear y estabilizar los procesos de gestión que le son propios a las figuras de los responsables de enfermería de los equipos⁷⁷⁴. Los estudios que revisan los atributos que deben reunir los instrumentos de las medidas de resultados de salud basados en el paciente, dicen que estos han de ser agrupándolos en tres grandes ejes: adecuación conceptual, aplicabilidad y propiedades psicométricas⁷⁷⁵. Que los efectos de los cuidados tienen que ser medidas de resultados basados en el paciente. En los estudios en los que se mide la de satisfacción los pacientes, como el realizado en Barcelona en 2007 por Pulpón Segura y col⁷⁷⁶ en seis consultas de enfermería en un centro de Atención Primaria de Salud, la conclusión fue que establecer un buen nivel de comunicación, informar e interactuar con el paciente, favorece su nivel de satisfacción. Y a demás se demostró que la aplicación de tecnologías de información y comunicación, junto con programas de comunicación sanitaria interactiva, aumenta el nivel de conocimientos y facilita el cambio conductual,⁷⁷⁷ por eso "Relación de ayuda", podría ser la medida adecuada para solucionar problemas como el de la "hiperfrecuentación"⁷⁷⁸. Para mejorar las habilidades de comunicación se han realizado talleres formativos, como el que se realizó en Cádiz, para la Comunicación de "malas noticias"⁷⁷⁹.

Varios estudios han analizado la opinión de los usuarios de la atención de enfermería en AP. Cruz Hidalgo⁷⁸⁰, encontró que los pacientes creen que las actividades de enfermería se basan exclusivamente en realizar técnicas sanitarias y curas y desconocen, o no valoran adecuadamente, las actividades dirigidas a la prevención y promoción de la salud. En cambio en otro realizado en 2008, por Pulpón Segura y col. en un área urbana del Barrio de Collblanc de L'Hospitalet de Llobregat, para conocer las opiniones de pacientes con patología crónica y la relación asistencial establecida con la enfermera. Los pacientes reconocieron que la confianza en la enfermera es clave, ya que la ven como fuente de conocimientos: transmite información sobre cuidados higiénico-dietéticos y resuelve dudas. Refieren como mejoras de la relación, más posibilidades educativas: educación grupal, informática (internet) y una comunicación

clara y sencilla (lenguaje sin tecnicismos) que les permita hacer y responder a preguntas, así como una mayor información sobre las complicaciones de la enfermedad. En otro estudio de satisfacción con pacientes anti coagulados, el 100% de los encuestados estaban de acuerdo con que el seguimiento de su enfermedad fuese realizado por el personal de Atención Primaria. En el apartado de grado de confianza, los mejores resultados fueron en el resultado analítico (puntuación media 9,45 sobre 10), confianza en los profesionales (enfermeras p: 8,88); facultativos (p: 8,92) y destacando el trato recibido con una puntuación de 9,45 sobre 10. Por el contrario, los apartados menos valorados son los de tiempo de espera (p: 7,57) y resolución de incidencias (p: 7,83)⁷⁸¹; en 2009, otro estudio en el que se analizaba la opinión de los pacientes inmigrados, los resultados indicaron que los interesados desean profesionales empáticos y resolutivos, mientras éstos consideran que se trata de expectativas irreales debido a un desconocimiento del sistema.⁷⁸² Creen que los usuarios parten de sistemas públicos deficitarios, por lo que el prestigio del nuestro es alto. Sus conceptos de salud suelen variar según las circunstancias. Esto, y sus necesidades, marcan el uso del sistema. Sus opiniones son generalmente buenas, se quejan de dificultades de acceso administrativo⁷⁸³.

En 2010, un estudio de Serrano del Rosal y Ranchal,⁷⁸⁴ observó que las personas están claramente satisfechas con los enfermeros, en un porcentaje que supera al del resto de los profesionales. Sin embargo, cuando dichos usuarios conforman su satisfacción global con el servicio recibido, la importancia de estos profesionales disminuye notablemente centrándose principalmente en el papel de los médicos.

V.2.3.7.Satisfacción de los Profesionales

En cuanto a la visión que tienen los profesionales, podríamos decir que las expectativas que muchos de los profesionales de enfermería tenían cuando llegaron a Atención Primaria, en gran medida, se han cumplido. En Sevilla se estudiaron las opiniones y percepciones con relación al tema de los valores en la prestación de cuidados con enfermeras de los centros de salud de Atención Primaria del Distrito Sanitario Aljarafe. Los valores estudiados fueron: justicia, compasión, respeto a la autonomía, confidencialidad y secreto profesional. En estos estudios encontraron que:

Las enfermeras opinaban que la confidencialidad es un valor fundamental en la relación enfermera-paciente, ya que es un principio ético de la profesión. En cuanto a la justicia en la prestación de cuidados, perciben que no se puede llevar a cabo por falta de recursos y que depende de la política sanitaria. Con respecto a la compasión, hay que decir que algunas enfermeras la describieron como empatía, y que depende de la comprensión de la enfermera. Por último, sobre el respeto a la autonomía de los pacientes, las enfermeras creen que cada vez se tiene más en cuenta y que previamente hay que informarles para que puedan decidir sobre las cuestiones relacionadas con su salud⁷⁸⁵.

Los estudios sobre la calidad de vida y satisfacción de las enfermeras de Atención Primaria (AP) interesan cada vez más a los investigadores⁷⁸⁶. Las enfermeras, en general, se sienten medianamente satisfechas con el desempeño de su trabajo. Hemos encontrado doce publicaciones acerca del tema. Magdalena Mora Jiménez, estudió el grado de prevención primaria-secundaria y satisfacción laboral de las Enfermeras Comunitarias, y encontró que el 50% se sentían satisfechas al terminar su jornada laboral, mientras que el 38% estaban agotados y estresados y los 12 % restantes insatisfechos⁷⁸⁷. En otro estudio realizado en Almería, encontraron que las enfermeras, tras una larga trayectoria laboral en AP, en su mayoría, se consideran satisfechas con la evolución que habían tenido profesionalmente. Una gran parte de ellas volverían a elegir esta misma opción profesional. No obstante, los mayores inconvenientes para ellas eran la jornada laboral, la remuneración económica y los incentivos que percibían. La mayoría consideró que su actividad diaria es independiente, pero se sienten poco motivadas, ya que no reciben reconocimiento por su labor. Solo un pequeño porcentaje realizaba algún trabajo paralelo a su profesión. El síndrome del quemado es un problema que afecta a muchas profesiones⁷⁸⁸. En las enfermeras comunitarias los estudios indican niveles medios, y similares, a los de otros estudios profesionales.^{789,790} La carga mental o agotamiento emocional fue el factor psicosocial peor valorado. El dato más preocupante fue constatar el escaso tiempo del que los profesionales disponen y la intensidad de atención requerida para la realización de su trabajo. Estos son los componentes que pueden contribuir a la fatiga percibida por un 58% de la muestra. Notaron que había un sensible empeoramiento en la media de las enfermeras de sexo femenino (con un 35,4% más de mujeres en situación nociva) respecto a los hombres. Es decir, con mayor cansancio, nerviosismo, dificultades de sueño, dolores, etc.⁷⁹¹En 2010, Montesó Curto y col. Al analizar la salud, su satisfacción y gratificación con el rol familiar y profesional de las enfermeras de primaria, encontraron que: el personal de

enfermería se siente poco reconocido por la Sociedad. Aparece cierta insatisfacción por compaginar los dos roles, familiar y profesional. Le resulta difícil avanzar en su promoción profesional. Reclaman más ayuda del compañero o esposo en casa. No quieren ejercer el poder y cuando lo hacen les resulta difícil. Sus conclusiones fueron que: se puede intuir un cierto malestar de las mujeres que, aunque dé la sensación de que realizan tareas más autónomas, encuentran dificultades a la hora de progresar en su trabajo. La incorporación de las enfermeras en el ámbito laboral no ha ido acompañado de la incorporación del hombre en el ámbito familiar con igual intensidad. Todavía distamos mucho de una profesión igualitaria si tenemos en cuenta las diferencias de género. Las políticas laborales para conciliar vida familiar y profesional reales serán imprescindibles para mantener la salud mental de las enfermeras, así como la instauración de medidas de promoción⁷⁹².

En cuanto la sensación que tienen con relación a su autonomía profesional, esta ha sido valorado desfavorablemente. Las participantes del sexo femenino muestran una percepción más positiva que los hombres, que tienen la sensación de no ser considerados para decidir sobre la planificación de su trabajo, lo que explicaría la sensación de baja autoestima del estudio de Lunpiani, que dicen que la autoestima en las enfermeras es alta, a veces más que la de los hombres enfermeros.⁷⁹³ Aún así la satisfacción laboral en su puesto de trabajo es uno de los factores valorados positivamente y tienen poder protector sobre la irrupción del estrés profesional. Ésta es la explicación al fenómeno que observaron en 2009, Silvia Granollers Mercaderá⁷⁹⁴ al percibir que las enfermeras de Cataluña deseaban migrar del hospital a Atención Primaria. Sin encontrar una clara explicación para este fenómeno, María Dolores García Márquez⁷⁹⁵ y Tomás Rojas y col.⁷⁹⁶ intentaron determinar las causas que motivaban la petición de los traslados: las enfermeras de Atención Especializada piden el traslado por autonomía laboral (54,5%) y mejor conciliación familiar (47,7%), coincidiendo con los elegidos por el personal con plaza previa en Primaria (42,1%). Ambos colectivos, tanto las enfermeras de AP como las de Especializada, tienen un alto concepto sobre la actitud y preparación profesional de sus compañeros y consideran haber formado un buen equipo, reafirmando en su petición de traslado (83,7%).

Para el psicólogo Joan C. March Cerdá es imprescindible que, para que haya buenos resultados con el trabajo de los profesionales sanitarios, haya un buen clima emocional en los centros de salud, que permita relaciones fluidas y contribuyan a un mejor desarrollo de los diferentes

roles profesionales. Considera necesarios más estudios sobre clima emocional para proponer medidas de mejora⁷⁹⁷.

V.2.3.8. Investigación

La investigación es un tema que ha preocupado a las enfermeras en general y al Enfermeras Comunitarias en particular. Son cuatro los trabajos que hemos encontrado con este tema. Las enfermeras dicen que encuentran dificultades para poder dedicar tiempo a investigar. Cid González⁷⁹⁸ declaró que el trabajo de investigación en Enfermería está mayoritariamente a cargo de enfermeros que realizan esta labor de manera paralela a su trabajo habitual. En el artículo se describe, de forma narrativa, las etapas por las que suele pasar un trabajo de investigación, desde que se tiene la duda hasta que se elabora la respuesta. La formación necesaria para llevar a cabo una investigación es altamente especializada, por lo que se hace necesario la figura de un orientador-tutor, especializado en investigación, que guíe y elabore las herramientas necesarias para hacer un buen trabajo.

Se han analizado las investigaciones realizadas en temas como la atención a la población inmigrante. Amezcua, Bonill de las Nieves y Hueso Montoro⁷⁹⁹ iniciaron una revisión bibliográfica realizada sobre la producción científica de las enfermeras en Andalucía en el año 2008, tomando como fuente de búsqueda la base de datos CUIDEN. Obtuvieron un total de 16 documentos publicados sobre cuidados de salud en colectivos inmigrantes, de los cuales la mayor parte son investigaciones originales. Todas las provincias andaluzas contabilizan algún trabajo. La revista que contiene mayor número de documentos es Paraninfo Digital, destacando también Archivos de la Memoria y, en menor medida, Índice de Enfermería y Metas de Enfermería. Además, casi la mitad de los trabajos se realizaron desde centros de Atención Primaria. En cuanto a las temáticas abordadas por los trabajos, se han identificado siete dominios: a) Perfiles de la población inmigrante; b) Problemas de salud; c) Estilos de vida; d) Accesibilidad de los servicios sanitarios; e) Comunicación y competencia cultural; f) El inmigrante como recurso para el cuidado; g) La inmigración en primera persona. Concluyeron que en Andalucía la producción científica sobre el cuidado de la salud del paciente inmigrante. Entre las líneas de investigación que sugirieron las publicaciones analizadas, destacaron

principalmente tres: la necesidad de comprender el marco de referencia cultural del inmigrante, el incremento de la competencia cultural en el cuidado y los enfoques de género.

En Otro estudio en el que se analizaba la producción científica (nacional e iberoamericana) sobre salud comunitaria, con la finalidad de conocer qué tipo de investigación y qué difusión tiene esta área de investigación, como indicador de la evolución de la práctica asistencial en un estudio descriptivo retrospectivo, mediante revisión bibliográfica a través de la base de datos Cuiden Plus, los resultados principales encontrados fueron: 238 artículos en 58 revistas, con una media de 23 artículos al año y una progresión aritmética desde el año 2004. Parainfo digital, como revista española, y Revista Cubana de Enfermería, como publicación extranjera, son las que recogen el mayor nº de artículos. El principal tema de interés tratado es la enfermería comunitaria en general (prevención y promoción de la salud), mientras que la conclusión principal es que la producción científica en salud comunitaria va en aumento, haciendo hincapié en línea de investigación actual como la prescripción enfermera, los efectos adversos y la seguridad de los pacientes⁸⁰⁰.

En 2011, Francisca García Padilla y col. buscaron definir y priorizar las líneas de investigación a desarrollar desde la Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (ASANEC). El método con el que llevaron el objetivo a cabo fue la aplicación de la técnica Delphi en la que participan los miembros del Grupo de Trabajo de la Vocalía de Investigación de ASANEC, formado por enfermeras/os, comunitarias/os, docentes y asistenciales, referentes en materia de investigación en siete de las provincias andaluzas. Se han realizado tres rondas de participación y se ha priorizado en el último envío mediante escala lineal. Se han calculado medias y desviaciones típicas. El total de participantes en la técnica fue de 13 profesionales (54,16%).

Las principales líneas finalmente consensuadas y priorizadas en orden descendente fueron: «gestión de cuidados», «calidad de vida», «estilos de vida y educación para la salud en población infantil y adolescente», «elaboración y validación de instrumentos de valoración enfermera», «seguridad del paciente» y «accesibilidad de cuidados y autocuidados». El resumen final es que se prioriza en una posición preferente la investigación sobre el nuevo modelo de gestión de cuidados implantado en la Atención Primaria andaluza, aunque emergen más líneas referidas a la promoción de la salud y prevención de sus problemas en la población en general, niños, jóvenes y población más vulnerable. Estos resultados han sido

determinantes en la decisión de la actual línea de investigación que se está desarrollando desde el Grupo de Investigación de ASANEC⁸⁰¹.

v.2.3.9. Historia

La revisión histórica de la enfermería comunitaria ha sido estudiada en seis trabajos: en 2006, Siles González se marcó como fin analizar las actividades educativas en el contexto de las coyunturas científicas (los paradigmas), valorando en cada momento la influencia de los factores políticos, sociales y económicos⁸⁰².

Otra de estas publicaciones fue “De enfermeras visitadoras a instructoras sanitarias” que presentó Germán Bes En ella dijo que la historia de la enfermería comunitaria se inicia con los cuidados domiciliarios realizados por mujeres entre las que destacan las beguinas -llamadas beatas en España-, las señoras de la caridad, las religiosas y religiosos. Labor ejercida bien como caridad cristiana, como estrategia de emancipación y/o como parte de la obligación del papel de la mujer, en cualquiera de los casos, de forma altruista. La atención en el domicilio frente al ingreso en el hospital, un hospital muy diferente al actual, fue defendida hasta el siglo XX por médicos higienistas. Pero es a partir de la II República Española cuando se profesionaliza la figura de la enfermera visitadora, creando la escuela de Enfermeras Visitadoras, que forma a las enfermeras para profesoras -acuerdo con la Fundación Rockefeller- y crea puestos de trabajo comunitarios. La guerra civil truncó este proyecto y transformó la figura de enfermera visitadora en la de instructora sanitaria que fue languideciendo hasta su desaparición en 1983. Varias enfermeras españolas, formadas en la fundación estadounidense, fundaron la Escuela Nacional de Enfermeras de Venezuela. Las diversas denominaciones y la tardanza en su profesionalización son un reflejo del contexto sociopolítico de España y de la influencia del patriarcado, que tiende a infravalorar y crear relaciones de subordinación de las profesiones y profesionales femeninos⁸⁰³.

Pablo Jorge Samitier hizo un estudio cualitativo en forma de historia de vida sobre la figura de una enfermera, ejemplo de lo fue la enfermería en una ciudad importante de España en las décadas de los 60 y 70. Hacía hincapié en los valores y entorno de una mujer trabajadora en una época en la que no se fomentaba la independencia femenina. Y, finalmente, el deseo de elogiar su trayectoria personal, familiar y laboral. Se resaltaban características presentes en los

roles establecidos en los individuos de las familias de los años 50, ciertas características sociales de la época, el desarrollo de los estudios y la profesión enfermera, que aparece como ejemplo de esfuerzo, superación, trabajo duro, sacrificio y vida consagrada a los demás⁸⁰⁴. Otro relato biográfico cuenta la historia de Rodríguez Rodríguez, publicó un relato biográfico en el que se cuentan la vivencias de un profesional que se trasladó de asistencia hospitalaria a Primaria⁸⁰⁵. Otro relato biográfico es el de una enfermera que lleva 30 años dedicados a la enfermería comunitaria pediátrica. La historia cuenta, en primera persona, como vivió ese cambio. El análisis de su discurso nos brinda la oportunidad de entender, desde su vivencia personal, los cambios acaecidos en la profesión enfermera durante las últimas décadas. La informante se muestra en su narrativa ilusionada y con ganas de seguir mejorando, y deja claro que todos estos cambios organizativos se han conseguido gracias al esfuerzo personal de cada uno de los profesionales que se involucraron en ello⁸⁰⁶.

En 2010, Paloma Bacigalupe Pérez realizó un trabajo que describe la evolución de la asistencia sanitaria en Haro (La Rioja) a lo largo de la historia de esta pequeña ciudad. Se parte de la etapa vocacional de la enfermería (Edad Media), pasando en la evolución de dicha asistencia por la etapa técnica (s. XX), hasta llegar al momento actual (la profesionalización), en el que Haro y su zona de influencia cuentan con una asistencia sanitaria de calidad. Para ello, se ha recogido información sobre los centros asistenciales, cuidados y cuidadores, destacando el papel que la mujer (enfermera) ha tenido en este proceso⁸⁰⁷.

V.2.3.10. Formación docente en las escuelas de la asignatura Enfermería Comunitaria

La formación de las enfermeras, es otro de los centros de interés, de los profesionales, sobre todo de los que se dedican a la docencia. Doce artículos tratan de la formación de los alumnos de grado en la asignatura de Enfermería Comunitaria. En 2005, Rapp Fernández y col., examinaron el perfil del tutor de prácticas clínicas de pregrado de enfermería comunitaria en el área 11 de Atención Primaria del instituto madrileño de la salud (IMSALUD)⁸⁰⁸. Tres años después, Álvarez Rodríguez y col., con el objeto de estimar en la medida que se aproxima el modelo de trabajo práctico de Enfermera de Familia al modelo teórico impartido por la Escuela Universitaria de Enfermería, realizaron una encuesta a un total de 349 alumnos de la Escuela Universitaria de Enfermería de Jaén. Éstos realizaron sus prácticas asistenciales de Enfermería

Comunitaria en los Centros de Salud urbanos del Distrito Sanitario Jaén, desde el curso 2001-02 al 2005-06. Del global, un 80% de los alumnos fueron formados por tres o más tutores de prácticas. El 78% de los alumnos puntuaron como muy bueno o excelente el grado de aproximación del modelo de trabajo práctico de Enfermera de Familia observado, con el teórico. Al mismo tiempo, el 94% expresaron su deseo de querer trabajar en un futuro en el modelo de Enfermera de Familia que habían experimentado a lo largo de estas prácticas asistenciales. Su conclusión fue que la variabilidad de las distintas prácticas clínicas (tener tres o más tutores formadores) enriquece la capacidad para valorar el modelo de práctica enfermera en Atención Primaria. Es interesante destacar que a pesar del corto periodo de tiempo de prácticas que los alumnos realizan en los Centros de Salud, frente a la duración de las mismas en el Hospital, éstos manifestaron, en su mayoría, su deseo de trabajar en Atención Primaria⁸⁰⁹.

En Zaragoza, Concha Germán Bes, confeccionó el aprendizaje de la nueva cultura del agua, usando Tics por los estudiantes de enfermería comunitaria. En este trabajo, analizaba los resultados de la documentación sobre aguas de consumo humano en un triple sentido: artículos científicos, artículos de divulgación en prensa regional o nacional y nota literaria. Esta información, con la aportada en clase y en las guías didácticas, forman parte del desarrollo de la evaluación tipo ensayo, de forma que se potencia el espíritu crítico y el contraste de tendencias, tanto en el ámbito científico como entre la opinión de los ciudadanos recogida en la prensa. Este tipo de metodologías, si bien fue novedoso para el alumnado al principio, luego les resulto enormemente gratificante y efectivo en la evaluación, ya que obtienen muy buenos resultados. La valoración de la asignatura se completa con un test de respuesta múltiple, trabajos y un estudio de caso⁸¹⁰.

En 2009, Martín Morcillo y col., observaron la situación de la materia transversal Educación para la Salud en la provincia de Toledo. Su propósito fue conocer las actividades de Educación Para la Salud realizadas en centros de educación primaria de la provincia de Toledo durante el curso 2005-2006. Era un estudio descriptivo, trasversal, mediante cuestionario auto cumplimentado y contaba con la participación de 91 centros. Las mediciones que controlaban eran en base a actividades de EPS realizadas: temas, duración y continuidad, participación, profesionales que lo imparten⁸¹¹. Entre noviembre de 2006 y febrero de 2007 recibieron 91 cuestionarios (tasa de respuesta 43.7%). Del total de centros, el 58.24% realiza alguna

actividad. El total de actividades fue de 129, siendo 13 los temas impartidos. Sobre medio ambiente el 24.03%, educación en valores el 16.28% y sobre educación vial el 14.73%. De la cifra de profesionales implicados, el 26.62% eran de AP (enfermería, medicina, psicología, trabajadores sociales). La duración media de las actividades fue de 5.86 (IC 4.15-7.58) horas/año y su continuidad en años de 1. Se realizaban muy pocas actividades de EPS. Se caracterizan por ser talleres prácticos, de corta duración y poca continuidad en el tiempo. Los temas más relacionados con el ámbito sanitario (hábitos higiénico-dietéticos, hábitos tóxicos y educación afectivo-sexual) son los menos impartidos. Los profesionales sanitarios están poco implicados, siendo las enfermeras comunitarias el colectivo más participativo.

Consideraron imprescindible establecer mecanismos de coordinación entre administraciones educativa y sanitaria para llegar a un grupo de población sana amplio y susceptible de intervención (30.000 matriculados en 2006).

En 2010, Francisca García Padilla, Merino Navarro y Carrasco Acosta⁸¹² presentan su experiencia de convergencia didáctica en Enfermería Comunitaria y Enfermería Médico-Quirúrgica que, desde el curso 2007/08, se viene trabajando para encontrar áreas de coordinación entre dos materias del curso 3º de la Titulación de Diplomado en Enfermería de la Universidad de Huelva, que facilitase un conocimiento integrado del currículum.

Se realizó una aproximación cualitativa a la realidad a través de técnicas de identificación y consenso (brainstorming: grupo de discusión) y priorización (comparación por pares). Se implantaron una serie de medidas en el curso 2008/09, evaluándose al final de este curso, por parte del alumnado, mediante un cuestionario escrito y semiestructurado. Finalmente, se realizó el análisis de contenido y la información se ha triangulado para garantizar la validez de los resultados. Se identificaron cinco áreas de coordinación, para las que se establecieron cuatro medidas a corto plazo implantadas en el curso 2008/09. La experiencia fue valorada positivamente por el 100% del alumnado participante. Entre las propuestas de mejora, el alumnado sugirió incrementar el tiempo para la realización del trabajo de campo, ampliar los temas y facilitar información al profesorado asociado clínico.

Un tema que interesó mucho es el de las prácticas. Martínez Nieto y col publicaron una Guía para la Organización por Competencias de las Prácticas Clínicas de Enfermería Comunitaria:⁸¹³ Heierle Valero y col. explicaba la experiencia de la Escuela Universitaria de Enfermería (EUE)

Virgen de las Nieves de Granada, a propósito de la integración de las prácticas de las asignaturas de Enfermería Comunitaria III, Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental y Enfermería Geriátrica, las cuales se cursan en tercer año de la Diplomatura de Enfermería. Dichas prácticas, que anteriormente se realizaban en distintos contextos de forma inconexa, se unen en un mismo programa que tiene como ámbito la Atención Primaria.

Crean que la experiencia ha sido muy positiva tanto por los resultados como por la satisfacción del alumnado y las profesionales docentes, ya que se consiguió incrementar el número de horas de prácticas extra hospitalarias, que el alumnado adquiriera mayor autonomía en su aprendizaje y que, además, incorporase el razonamiento crítico en su formación. Se utilizó una metodología donde ellos mismos fueron los principales evaluadores y dinamizadores de su proceso de aprendizaje, buscando la implicación de profesionales y tutores docentes en dicho cambio. Consideran que el consenso en los objetivos y en los métodos, así como las barreras que se tuvieron que superar, constituye una de las partes más interesantes de esta experiencia⁸¹⁴.

Raúl García Vallejo y col., elaboraron un nuevo modelo de evaluación de las prácticas de Enfermería Comunitaria adaptado a la Guía de Práctica Clínica (GPC), un estudio observacional realizado de octubre de 2007 a junio de 2008. Se utilizó la información recogida en cuestionarios "ad hoc" cumplimentados anónimamente por tutores de las Áreas 7 y 11 de Madrid. El modelo se estructuró en 3 apartados: perfil de actitud del alumno (20%), desarrollo de planes de cuidados (40%) y otras intervenciones comunitarias (40%). En el apartado de planes de cuidados, se priorizaron para su evaluación los 30 diagnósticos enfermeros más relevantes en Atención Primaria. La herramienta pretendía minimizar la subjetividad del evaluador. Se empezó a utilizar a principios del curso 2008-09 y contó con una buena aceptación. Previamente, se realizaron seminarios de aprendizaje con los enfermeros colaboradores de prácticas clínicas (ECPCs). El modelo se adapta a la GPC del Departamento e incorpora la metodología de enfermería como eje central del proceso de evaluación⁸¹⁵.

En la Escuela de Sevilla, González López y col., tuvieron como propósito del estudio describir la implementación de la metodología "aprendizaje basado en problemas" (ABP) y sus resultados académicos en todos los alumnos del 1º Curso de Enfermería matriculados en la asignatura Enfermería Comunitaria I de la Escuela Universitaria Ciencias de la Salud de la Universidad de Sevilla, durante el curso académico 2008-2009⁸¹⁶.

Josep Adolf Guirao Goris, evaluó la evolución de la opinión del alumnado sobre el tipo de aprendizaje adquirido tras modificar la metodología educativa en la asignatura de Salud Pública en la Escuela de Enfermería La Fe de Valencia. Se trató de un estudio pre experimental que utilizó un cuestionario validado para medir la opinión del alumnado sobre aprendizaje cooperativo y aprendizaje significativo. Se introdujo la técnica del portafolio como herramienta metodológica para mejorar el aprendizaje. La medición se realizó el último día de clase presencial del módulo teórico en los cursos 2007-2008 y 2009-2010. La opinión ha mejorado notablemente en el curso 2009-2010 frente al de dos años antes, siendo estadísticamente significativas estas diferencias. El alumnado considera que la metodología empleada en la asignatura estimula el aprendizaje a través del trabajo cooperativo y el trabajo autónomo⁸¹⁷.

El roleplaying como herramienta metodológica en el proceso de enseñanza-aprendizaje de pregrado en enfermería fue evaluado por Martínez Riera, Sanjuán Quiles, Cibanal Juan y Pérez Mora⁸¹⁸, identificando las actitudes de los profesores, analizando los comentarios de éstos después de su utilización en el aula. Investigación de naturaleza reflexiva y enfoque cualitativo basado en la interacción simbólica. La recolección de datos se realizó durante los años académicos 2006-2007 y 2007-2008 a dos profesores de la asignatura del tercer año en la Escuela de Enfermería "X". Los resultados muestran el roleplaying como categoría temática seleccionada y permiten la clasificación en subcategorías y códigos. El análisis de los datos permitió identificar lo que realmente sucede con el roleplaying como herramienta metodológica en el proceso de enseñanza-aprendizaje de enfermería, por qué y cuáles son sus consecuencias.

En Alicante, Ángela Sanjuán Quiles y col.⁸¹⁹ del departamento de Enfermería y la Escuela de Enfermería de Alicante transformaron una macro actividad educativa, la Semana de la Salud, en una plataforma de aprendizaje. La asignatura denominada "Intervención y participación comunitaria: Semana de Salud", en el año 2000. Dicha asignatura, mediante la realización de un prácticum, facilita en el estudiante el desarrollo del pensamiento reflexivo, su aprendizaje experiencia y la integración de conocimientos, alcanzando competencias como educador de la comunidad.

V.2.4. Manuales y Monografías

En este periodo de estudio se han publicado varios manuales de enfermería Comunitaria, en 2005 Álvaro Bernalte Benazet y García, Manual de Enfermería Comunitaria “de la editorial Libros en Red, En 2006 Antonio Fría Osuna Reeditó el libro “Enfermería comunitaria de la Editorial” que ya había publicado en 2000 la Editorial Masson⁸²⁰.

Los manuales más recientes son los publicados por M^a Dolores Flores Bienert y Ana María González Cuello “Bases de la Enfermería Comunitaria y Educación para la Salud”⁸²¹ y por José Ramón Martínez Riera Y Rafael del Pino Casado, El 'Manual práctico de Enfermería Comunitaria'⁸²².

También se han publicado otros con temas que contribuyen a mejorar el trabajo de la Enfermera Comunitaria.

Concepción Capilla Díaz⁸²³, hace una reseña del libro de la Asociación de Enfermería Comunitaria de Cantabria, publica un Manual de metodología de trabajo enfermero en Atención Primaria.

El tema liderazgo de los cuidados fue abordado por Gonzalo Duarte Climents, Juan Gómez Salgado y María Begoña Sánchez Gómez⁸²⁴. En el libro: Fundamentos teóricos de la enfermería comunitaria. Enfermería comunitaria I. editado por (FUDEN).⁸²⁵ En él plantean que los cuidados en Atención Primaria deben ser liderados por la Enfermería Familiar y Comunitaria. En esta obra, se plantean las cuestiones fundamentales para introducirse en el estudio de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Esta revisión se realiza desde un punto de vista humanista y global, con una influencia profunda de la relación de ayuda. En este sentido vienen a cerrar un módulo que comienza con la política sanitaria y el desarrollo de un nivel de atención cercano a la persona, que pasa por el método clínico enfermero y los sistemas de lenguaje estandarizados y llega a la comunicación con el paciente y su entrevista clínica.

La comunicación interpersonal fue tratada por Casals Riera en 2007⁸²⁶ y forma parte del libro de Gonzalo Duarte Climents, Juan Gómez Salgado y María Begoña Sánchez Gómez. Fundamentos Teóricos de la Enfermería Comunitaria. Enfermería Comunitaria I. Primera. Madrid: Fundación para el Desarrollo de la Enfermería (FUDEN, Capítulo. 2A-FUN-2007., PP. 369-392.

La aportación de la enfermería en el debate bioética y, por extensión, en la construcción de la ética secular de carácter global no es irrelevante, sino todo lo contrario. El interés que suscita este tema ha hecho que se haya publicado un manual de bioética para los cuidados de enfermería, por la Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (ASANEC).⁸²⁷ Como hemos visto en capítulos anteriores, la Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria, sociedad de carácter científico-profesional, postula como objetivo mejorar el nivel de salud y la calidad de vida de toda persona con necesidad de algún tipo de cuidados. Se trata de presentar el papel de las enfermeras como el principal proveedor de los cuidados a domicilio. Considera que la esencia de la enfermería es el cuidado integral de las personas y su objetivo pasa por aumentar la autonomía e independencia de la persona y pacientes dependientes, así como de su familia. Las intervenciones enfermeras, en una población cada vez más numerosa, se deben centrar en mejorar su autonomía personal y bienestar. Mediante la visión enfermera acerca de la realidad de los cuidados y la atención a las personas dependientes y necesitadas de los mismos, nace el concepto de una atención de calidad prestada por los profesionales de la enfermería. Así, esa idea de la atención de calidad y de una continuidad y calidad de los cuidados constituye el sello de identidad de ASANEC y su actividad científica, informativa y educativa en el ámbito de la salud, por eso encargaron a los enfermeros: Juan Carlos Morilla Herrera coord. La redacción de este libro: Aportaciones ASANEC, al libro blanco de la dependencia. Primera. Málaga: Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria, 2005. 86 p. J-442-2005. Libro Divulgativo. 2A-APO-2005⁸²⁸.

Otra obra interesante es la de Izquierdo Carrasco Boatella Cumpián⁸²⁹ sobre las cuidadoras. Almería Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (2010).

V.2.5 .A modo de Resumen, Debate y Conclusiones

Tras el análisis de los resultados podemos afirmar que en los años comprendidos en nuestro periodo de estudio, hemos comprobado que el volumen de producción científica casi se ha duplicado comparado con los estudios anteriores como el de Germán Bes⁸³⁰, que en el último quinquenio estudiado, encontró una producción de 206 artículos, nosotros hemos localizado 410 artículos, pero hemos de tener en cuenta que se han contabilizado dos años más.

Contabilizando el quinquenio exacto, el número de artículo fue de 339, por lo que el aumento ha sido de un 60%.

En cuanto a las revistas, ya no es la revista Rol, la que mayor número de artículos publica, como ocurría en los años ochenta, según el trabajo de González Soriano⁸³¹, sino que son la Revista Evidentia y Paraninfo Digital las que más artículos publican. Además ha aparecido la revista Enfermería Comunitaria, mientras que otras no parecen como es el caso de la revista Enfermería Científica.

Siguen siendo Andalucía, seguido de Cataluña y Valencia y Madrid, las comunidades que más publican, datos que coinciden con los obtenidos por González Soriano y colaboradores⁸³². Ellos planteaban la posibilidad de realizar nuevos estudios analizando el número de colegiados de cada comunidad autónoma, y estamos de acuerdo en que son necesarios más estudios que analicen esta situación más en profundidad. Su hipótesis era que estas Comunidades Autónomas cuentan con mayor número de colegiados. Nosotros coincidimos en que el hecho de ser comunidades más pobladas puede tener mayor número de colegiados, pero además consideramos que además pueden concurrir otras circunstancias que justifiquen estos resultados. Por un lado consideramos que puede repercutir la influencia de Índice en el territorio andaluz y por otro, coincide con que las principales innovaciones llevadas a cabo en Enfermería Comunitaria, la Enfermería de Enlace y de la prescripción enfermera se han desarrollado de forma más amplia en la comunidad andaluza. Su influencia y su modelo han influido en el resto de enfermeras en todo el país.

En cuanto a las temáticas encontradas, la educación para la salud y la Atención a procesos crónicos (diabetes, hipertensión, EPOC, etc.) como ya lo era en los anteriores estudios de Glez. Soriano y Gálvez y Germán sigue siendo uno de los temas estrellas, pero aparecen otros, como el manejo de Sintrom y la cirugía menor, o y muchos artículos relacionados atención a domicilio y la dependencia, y la enfermera gestora de casos.

Aparecen varios artículos sobre la Consulta de Enfermería, y en ellos se comprueba su madurez, ha conseguido avanzar hasta el punto que ha llegado a una “gestión compartida de la demanda asistencial” con los médicos.

Nos llama la atención que aunque son varios los que se centran en la educación para la salud en la etapa de adolescentes, en cambio el número de publicaciones dedicadas a la etapa infantil

es reducido, solamente cinco artículos. Consideramos que son pocos puesto que la atención a los niños fue una de las principales innovaciones de la reforma la Atención Primaria. Nuestra hipótesis al respecto puede estar en que no en todas las comunidades existe una enfermera específica dedicada a esta área, y en que los trabajos de investigación que se han realizado y presentados a diferentes congresos de pediatría, lactancia etc., no han sido incluidos en la base de datos CUIDEN.

Hay un elevado número de artículos sobre el uso de metodología enfermera y lenguajes estandarizados demuestran que se está haciendo un gran esfuerzo por encontrar una fórmula que facilite el registro de los cuidados.

El tipo de documento sigue siendo artículos originales, y la metodología cualitativa se ha consolidado como un método habitual en las investigaciones de enfermería, sin dejar de los estudios cuantitativos.

Nos llama la atención que no se han publicado estudios con perspectiva de género, a pesar de haber una participación de mayoría autoras, son mujeres lo que demuestra que a las enfermeras les interesa la investigación. Pero los datos nos confirman que las mujeres, siguen apareciendo más como coautoras. Estos son datos que no aparecían en anteriores estudios, pero nosotros consideramos que deberían de tenerse en cuenta pues consideramos que justifican la necesidad de la perspectiva de género, en los estudios de investigación, y que dan pie para seguir investigando.

Como conclusión principal podemos decir que tras el análisis de la producción científica hecha por las enfermeras comunitarias en este periodo de estudio, podemos constatar que las enfermeras han hecho un gran avance en su evolución profesional. Así lo demuestra el número y la calidad de los trabajos publicados. Este hecho nos confirma que la Enfermería en el ámbito comunitario, ha conseguido un alto grado de madurez y de desarrollo.

No obstante consideramos que, como nuestro objetivo final es procurar bienestar, seguridad, confianza, y autonomía es importante abrir nuevas líneas de investigación, seguir potenciando los estudios con metodología cualitativa que aborden el tema de los “cuidados invisibles” en Atención Primaria, introduciendo en ellos la perspectiva de género, que aborden la influencia de la cultura que influye en los estilos de vida.

V.2.6. Bibliografía

- 419 Nebreda, López Piñero, colecciones (revistas y libros (poco sensibles a la producción científica enfermera, pero no sesgada).
- 420 Revista Enfermería Comunitaria. Disponible en: <http://www.index-f.com/comunitaria/revista.php#Quié%es%Index%de%Enfermería%a> (Consultado el 1 de Feb. de 2013).
421. Asociación de Enfermería comunitaria (AEC) Revista de la Asociación de Enfermería Comunitaria, Revista RiDEC, disponible en: <http://enfermeriacomunitaria.org/web/ridec/89-ridec-2013-volumen-6-numero-1.html>. (Consultado el 1 de Febrero de 2013)
- 422 Federación de Asociaciones de enfermería familiar y comunitaria (FAECAP). Revista de enfermería Familiar y comunitaria. Disponible en: <http://www.faecap.com/revistas> (Consultado el 1 de Febrero de 2013).
- 423 González Soriano, M.; Risco Otaolaurruchi, C.; Freixas Pascual MJ. Evolución de las publicaciones de Salud Pública y Enfermería comunitaria en seis revistas españolas durante 10 años. *Enferm Clínica* 1997; 7(5):217-255.
- 424 Gálvez Toro A. Producción científica de la enfermería española en Atención Primaria. *Metas de enfermería* 2001; IV (34):24-30.
- 425 *Ibidem* Germán Bes, 2007, PP:383-488
- 426 Germán Bes, Concha; Hueso Navarro, Fabiola. Producción científica de la Enfermería Comunitaria en España 1977-2009. Modelo Ágora u Olimpo. VIII Congreso Iberoamericano de Ciencia Tecnología y Género; 2009. Disponible en: http://200.134.25.85/eventos/cictg/conteudo_cd/E1_La_Producci%C3%B3n_Cient%C3%ADfica.pdf (Consultado el 12 de Abril de 2011).
- 427 *Ibidem* Glez. Soriano 1997, PP: 221
- 428 Miqueo Consuelo; Germán Bes, Concepción; Fernández-Turrado, Teresa; Barral, M^a José. Ellas también cuentan. Científicas en los comités de revistas biomédicas. Zaragoza, Prensas Universitarias de Zaragoza, 2011, pp. 144-154.
- 429 González Soriano, M.; Risco Otaolaurruchi, C.; Freixas Pascual MJ. Evolución de las publicaciones de Salud Pública y Enfermería comunitaria en seis revistas españolas durante 10 años. *Enferm Clínica* 1997; 7(5): 217-255
- 430 PubMed <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
MeSH. <https://www.nlm.nih.gov/mesh/>
- 431 Duarte Climents, G. "Reflejo en la práctica. Especialidad de Enfermería de Salud Familiar y Comunitaria". Memoria de la Especialidad de Enfermería de Salud Familiar y Comunitaria. Versión 1.1. [Disponible en: http://www.enfermeriacomunitaria.org/documentos/documentos_pp/justif_especialidad.pdf Consultado el 3 de febrero de 2013.
- 432 Mateos, J.; Jiménez, C.; Martínez, M.; Martínez, G.; y Zaballos, A. Implantación de un modelo de gestión del conocimiento en el área 5 de atención primaria del servicio madrileño de salud. En: Asociación Nacional de Directivos de Enfermería. 17 Jornadas nacionales de supervisión de enfermería: enfermeras gestoras, retos y propuestas de futuro (Córdoba, 7,8 y 9 Junio 2006). Valencia: Asociación Nacional de Directivos de Enfermería, 2006. COM_25. Comunicación. C 27-Nº17.
- 433 Arribas Cacha, Antonio; Gasco González, Sara; Hernández Pascual, Montserrat; Muñoz Borreda, Esther. Papel de Enfermería en Atención Primaria. *Biblioteca Lascasas* 2009; 5(3) Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0434.php> (Consultado 13 de Nov. de 2010).
- 434 Gonzalo Jiménez, Elena; Toral López, Isabel; Ruiz Barbosa, Carmen; Martín Santos, Francisco Javier; Morales Asencio, José Miguel. Estrategias de mejora de la atención primaria en Andalucía. *Biblioteca Lascasas* 2007; 3(2) Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0228.php> (Consultado el 20 de Nov. de 2009).
- 435 Federación de Asociaciones de enfermería familiar y comunitaria (FAECAP) .Análisis y Propuestas de futuro Para la mejora del Trabajo enfermero en Atención Primaria Documento_base_jornadas_faecap_10_05_06.(121k)2006 Disponible en: www.faecap.com/documents/download/39 (Consultado el 20 de Nov. de 2009).
- 436 Miguélez Chamorro, Angélica. Desarrollar las competencias enfermeras en beneficio de la población, los profesionales y el sistema sanitario. *Tesela [Rev. Tesela]* 2009; 6. Disponible en: <http://www.index-f.com/tesela/ts6/ts7250.php> (Consultado el 13 de Nov. de 2010).

-
- 437 Reyes Melián, J.M.; Duarte Climents, G.; Izquierdo Mora, D. Análisis de la situación y líneas de desarrollo en enfermería de atención primaria. *Biblioteca Lascasas* 2006; 2(1). Disponible en: <<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0099.php>> (Consultado 13 Dic. de 2013).
- 438 Pujazón Rodríguez, Rocío; Valderrama Martín, Antonia B; Romero González, José M. Sectorización Rev. *Tesela* 2008. Disponible en: <http://www.index-f.com/tesela/ts4/ts6685.php> (Consultado el 10 de Nov. de 2009).
- 439 Valderrama Martín A.B; Pujazón Rodríguez R.; Romero González J.M; Córdoba Gómez J. Sectorización enfermera en la zona básica de Huelva. *Biblioteca Lascasas*, 2008; 4(2). Disponible en: <<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0325.php>> (Consultado el 12 de Nov. de 2012).
- 440 Julián Flores Gómez; M^a Teresa Brea Ruiz; Rosario Ortiz Castro; Miguel Ángel Alcántara González; Eduardo López Ramírez; Jesús Moreno Porcar. Atención domiciliaria de enfermería en la zona centro de Sevilla. (Comparativa 2003-2004) Resumen de Comunicaciones. IV congreso ASANEC. Asociación andaluza de enfermería comunitaria. Atención a la dependencia en el espacio comunitario. *Evidentia* 2006 ene-feb.; 3(7). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/216-1articulo.php> [ISSN: 1697-638X] (Consultado el 10 de Nov. de 2009).
- 441 Quijano Sánchez, Joaquín. Sectorización geográfica de la actividad enfermera en atención primaria: análisis del impacto en los profesionales Rev *Tesela* 2011; 1^o semestre (9). Disponible en: <http://www.index-f.com/tesela/ts9/ts7596.php> (Consultado el 13 Junio de 2012).
- 442 Beatriz Marín Vallejo; José Manuel Cuesta Toro; Carolina Ruiz Toledo; Roberto González Hidalgo; Patricia Morales Galán; Ana Calles Molina. Personalización: opinión de las enfermeras después de dos años. Resumen de comunicaciones. IV congreso ASANEC. Asociación andaluza de enfermería comunitaria. Atención a la dependencia en el espacio comunitario. *Evidentia* 2006 ene-feb.; 3(7). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/216-1articulo.php> [ISSN: 1697-638X] (Consultado el 10 de Nov. de 2009).
- 443 Pujazón Rodríguez, Rocío; Valderrama Martín, Antonia Beatriz; Romero Rodríguez, José María. Percepciones de la población sobre la sectorización de la atención enfermera. *Biblioteca Lascasas*, 2009; 5(2). Disponible en: <<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0413.php>> (Consultado el 13 Junio de 2012).
- 444 Salguero Cabalgante R.; Brea Rivero P.; Cambil Martín J.; González Tubio C.; Porcel Gálvez A.M; López Márquez A. Buenas prácticas que evidencian la competencia profesional: El Programa de Acreditación de Competencias de la enfermera de Atención Primaria. *Rev. Parainfo Digital*, 2007; 2. Disponible en: <<http://www.index-f.com/para/n2/123.php>> (Consultado 13 de Nov. de 2010).
- 445 Bermúdez Román, Olga; Moreno Ruiz, Luis. La motivación como facilitadora de la excelencia: El trabajo por objetivos. *Tesela [Rev. Tesela]* 2009; 5. Disponible en: <<http://www.index-f.com/tesela/ts5/ts6755.php>> (Consultado 13 de Nov. de 2010).
- 446 Blázquez Rodríguez, Maribel. Democratizar la atención en salud. *Índex Enferm-* 2010; 19(2-3):136-137 Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v19n2-3/2310.php> (Consultado el: 13 de Nov. de 2010).
- 447 Martínez Riera, José Ramón. Enfermera Comunitaria versus Enfermera Escolar. *Rev. ROL Enferm-*. 2009; 32(7-8):46-49.
- 448 Martínez Riera, José Ramón. Intervención comunitaria en la escuela: estado de la cuestión. *Rev. ROL Enferm* 2011; 34(1):42-49.
- 449 Arancón Carnicero, Carmen. Enfermera escolar «extra» enfermera comunitaria *Rev. ROL Enferm-* 2010; 33(1):28-29.
- 450 Martín Santos, F.J; Morilla Herrera, J.C; Morales Asensio, J.M; Gonzalo Jiménez, E. Gestión compartida de la demanda asistencial entre médicos y enfermeras en Atención Primaria. *Enferm. Comun.* 2005; 1(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/comunitaria/1revista/1_articulo_35-42.php> (Consultado el 13 de Nov. de 2010).
- 451 López Morales, Manuel. La Enfermería Comunitaria del Nuevo Siglo. *Biblioteca Lascasas*. 2006; 2 (1). Disponible en: <<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0100.php>> (Consultado el 13 de Nov. de 2010).
- 452 Martín Santos, Francisco Javier; Morilla Herrera, Juan Carlos; Morales Asencio, José Miguel; Gonzalo Jiménez, Elena. Consulta de enfermería a demanda. *Biblioteca Lascasas* 20073(2). Disponible en: <<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0231.php>> (Consultado el 13 de Nov. de 2010).
- 453 González Maríya, E. La calidad de los cuidados en atención primaria no difiere entre enfermeras especializadas y médicos de familia. *Enferm Clínica* 2009; 19(4): 233-234.

-
- 454 Leal Negre, Mireia; Alvarado Montesdeoca, Carles; Domenech Rodríguez, Cecilia; Garijo Borja, Ana; Moreiras López, Sonia. Consulta de enfermería de alta resolución en atención primaria. *Rev. ROL Enferm.* 2011; 34(9):32-39.
- 455 Cominero Belda, Alicia; Velázquez Salas, Antonio. Pilotaje del diseño e implementación de la consulta de enfermería a demanda en dos unidades de gestión clínicas. *Biblioteca Lascasas*, 2009; 5(4). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0463.php> (Consultado el 14 de Abril de 2011).
- 456 García Vallejo, Raúl; Lázaro Marí, M^a Paz; Quintana Bravo, M^a Ángeles. Mejora de la calidad del trabajo enfermero en atención primaria tras una estrategia organizativa. *Metas Enferm.* 2008 jun11 (5):8-12.
- 457 Cerrillo Patiño, José Rodrigo. Estudio DREAM3: eficacia del tratamiento farmacológico de la hipertensión realizado por enfermeras domiciliarias frente a médicos [Tobe S W, Pylypchuk G, Wentworth J, Kiss A, Szalai J P, Perkins N, Hartman S, Ironstand L & Hoppe J. Effect of nurse-directed hypertension treatment among First Nations people with existing hypertension and diabetes Mellitus: the Diabetes Risk Evaluation and Micro albuminuria (DREAM 3) randomized controlled trial. *CMAJ* 2006; 174(9)]. *Evidentia*. 2007; Año 4(16). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n16/351articulo.php> (Consultado el 13 de Nov. de 2010).
- 458 Puigvert Vilalta, Margarita; Jover Mallol, Montserrat; Boixés Saña, Dolors; LLaveria Fernández, Jacqueline; Roig Antuner, Cristina; Gómez Ramos, Carmen. Rol de las Enfermeras en la Atención Urgente en un Centro de Salud. *Rev ENE Enferm* 2011; 5(1):33-38 Disponible en: <http://enfermeros.org/revista/index.html> (Consultado en: 12 de Junio de 2012).
- 459 Escudero Hernández, M. Mercedes; Álvarez Rodríguez, Marifé; Pardo Escudero, Irene; Añaños Artero, M. Rosario; Rodríguez Lozano, Bartolomé; Aranda Díaz, Antonio. Enfermería interviene Enfermería resuelve. *Rev. Paraninfo Digital*, 2008; 5. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n5/p030.php> (Consultado el 18 de Nov. de 2010).
- 460 Fernández Sáiz, Belén. Protocolo de atención a patología aguda desde enfermería en Atención Primaria. *Nuberos Científica* | 2011; 1(4):56-60. Disponible en: http://www.enfermeriacantabria.com/web_enfermeriacantabria/docs/NC_4.pdf (Consultado el 18 de Nov. de 2012).
- 461 Hernández-Fabà, Eva; Sanfeliu-Julà, Cristina. Atención de la patología aguda de enfermería en Atención Primaria: caso clínico en la odinofagia *Enferm Clínica* 2010; 20(3):197-200.
- 462 Morales Gómez-Cambronero, Isabel María. Epistaxis: Atención de Enfermería. *Ciber Revista Esp.* 2011; Tercera época (20). Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/julio2011/pagina7.html> (Consultado el 12 de Nov. de 2012).
- 463 Maynegre Santaulària, Montserrat; Ortega Roca, Alexandre; Tor Llacuna, Ana; Sánchez López, Carmen; Martínez Angulo, Lourdes; Boquet Martínez, Myriam. La gestión de la demanda urgente en los equipos de atención primaria del Maresme. *Metas Enferm.* 2009; 12(9):10-12.
- 464 Duque del Río Nurses Home: Enfermería en el domicilio. Un enfoque integrado de la Enfermería ante los retos del futuro *Admr. Sanit.* 2009; 7(2):323-39).
- 465 Gonzalo Jiménez, Elena; Toral López, Isabel; Ruiz Barbosa, Carmen; Martín Santos, Francisco Javier; Morales Asencio, José Miguel. Estrategias de mejora de la Atención Primaria en Andalucía. *Biblioteca Lascasas* 2007 3(2) Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0228.php> (Consultado el 10 de Nov. de 2009)
- 466 Llerena A.M; López Martín, I. Atención domiciliaria y prevención de la incapacidad en ancianos. *Educare* 21 2008; 49. Disponible en: http://preview.enfermeria21.com/educare/secciones/aprendiendo/detalle_index.php?Mg%3D%3D&MTY1&Mjc%3D&MjYyNQ%3D%3 (Consultado el 16 de Nov. de 2009).
- 467 Contel Segura JC. Atención domiciliaria: una reflexión más allá de nuestro modelo de enfermería comunitaria. *Enfermería Comunitaria (Edición digital)* 2005, 1(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/comunitaria/2/a49-56.php> (Consultado el 12 de Nov. de 2009).
- 468 Celdrán Mañas, Miriam. Efectividad de la Atención Domiciliaria preventiva en adultos mayores. *Evidentia* 2005; 2(5). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n5/110articulo.php> (Consultado el 10 de Nov. de 2009).
- 469 Arriaga Piñeiro, Esperanza y Martínez Riera, José Ramón. Las enfermeras y el anteproyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. *Retos y oportunidades. Índex Enferm (Gran)*. 2006; Año XV (54):35-38.

-
- 470 Decreto 137/2002, de 30 de abril, de Apoyo a las Familias Andaluzas (BOJA número 52, de 04-05- 2002).
- 471 López Alonso, Sergio Romeo; Gala Fernández, Bienvenida y Gómez Falla, Eloísa. Uso de escalas de valoración en el proyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a las Personas Dependientes. *Índex Enferm (Gran)*. 2006 otoño; Año XV (54):56-61.
- 472 Álvarez González, R.; Cullell Pares, M.; De Frutos Gallego, E.; Fabregat Casamitjana, M.; Ramírez Llaras, A. Envejecimiento y soledad. *Enfermería Global*, 2009; 17(1). Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/75251/72991> (Consultado el 12 de Nov. de 2010).
- 473 Fernández N. et al. Prevalencia de ancianos inmovilizados y factores asociados en el área 5 de la Comunidad de Madrid. *Metas de Enferm*. 2007; 10(1): 50-54.
- 474 Hidalgo García, Antonio; Llantas Sánchez, Agnés; Oriach Alonso, María Rosa; Viladot Aguayo, Anna; Figueiras Novelle, Guadalupe; Manito Lorite, Isabel; Núñez Juárez, Esther; Ondiviela Cariteu, Angels; Salvadó Torregrosa, Anna. Indicadores de salud. *Rev. ROL Enferm*. 2007 mar; 30(3):22-26.
- 475 Ibídem Álvarez González, R.; Cullell Pares, 2009; 2(17).
- 476 López González, M^a del Mar; Pérez Navarro, Adelaida; Ruiz Fernández, M^a Dolores; García, Purificación; García Arrabal, Juan José. Perfil del inmovilizado en Distrito Almería. Resumen de Póster. IV congreso ASANEC. Asociación andaluza de enfermería comunitaria. Atención a la dependencia en el espacio comunitario. *Evidentia* 2006.; 3(7). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/216-2articulo.php> [ISSN: 1697-638X] (Consultado en Nov. de 2009).
- 477 Ballester Rubio M.; Borrás Español L.; Corbalán Carrillo G.; Hernández Vian B.; Paul Garceran G.; Pérez Rodríguez J. Perfil de salud y diagnósticos de enfermería en la población de atención domiciliaria del Área Básica de Salud de Castellar del Vallès. *NURE Inv*. 2008; 5 (32). Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es> (Consultado el 10 de Nov. de 2009).
- 478 Dalfó Pibernat, Artur. Comorbilidad y evaluación cognitivo-funcional en pacientes atdom mayores de 65 años en un consorcio de atención primaria de salud. *AgInf*. 2006; 10(1):921-925.
- 479 Borrás Santos A.; Martín Royo J.; Contel Segura J.C; Camprubi Casellas D.; Cegri Lombardo F., González Martínez S. (2007). La atención domiciliaria en Cataluña: una actividad más 'reactiva' que preventiva. *Rev. Paraninfo Digital*, 2007; 2.2. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n2/021.php> (Consultado el 10 de Nov. de 2009).
- 480 Elena Sinobas, Pilar; Cardeñoso Herreros, Rocío. La actividad domiciliaria de la enfermedad rural. *Nuberos* 2011-2012; 1(5):18-21 Disponible en: http://www.enfermeriacantabria.com/web_enfermeriacantabria/docs/NC-N5.pdf (Consultado el 12 de Nov. de 2013).
- 481 Pérez Olivencia, Lourdes. Inyectables a domicilio y curas. Una duda sobre los criterios, el coste de oportunidad y la equidad. *Evidentia*. 2007; Año 4(17). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n17/368articulo.php> [ISSN: 1697-638X] (Consultado el 10 de Nov. de 2009).
- 482 Moreno Torrecilla E.M; Nieto Blanco E.; Moriano Béjar P.; Vicente del Hoyo M.; Montero Martín S.; Serrano Molina L. Propuestas para el cambio en el servicio, visita domiciliaria en un área de atención primaria. *Rev. Paraninfo Digital*, 2007; 2. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n2/146.php> (Consultado el 12 de Nov. de 09).
- 483 Nieto García, Esther; Casado Lollano, Amparo; Domingo Martín, Rafael; Del Pino Casado, Benito; Monleón Just, Manuela; Díaz Gómez, Jorge; Villacañas Novillo, Emilia; Cantero García, Pura; Sánchez Pérez, Covadonga; Domínguez Ruiz, Margarita. Coste de las intervenciones enfermeras en la atención domiciliaria de atención primaria. *Metas Enferm*, 2006; 9(9):50-56.
- 484 Galindo Sancho, Manuel; Castro Varela, Laura; Zapata Sampedro, Marco Antonio; Galindo Molina, María; Verdugo Hidalgo, Juan Antonio. La satisfacción de los pacientes en atención domiciliaria: competencia enfermera en atención primaria. *Hygia de Enfermería*. .2009; (72):59-65.
- 485 Nieto Blanco, Esther; Salvador Morán, M^a Jesús. La enfermera de soporte en las residencias de ancianos Gerokomos 2008 ene-mar19 (1):21-27.
- 486 Jiménez, C.; Martínez, M.; Mateos, J.; Martínez, G.; y Zaballos, A. Gestión del suministro con las residencias de personas mayores en el área 5 de atención primaria de Madrid. En: Asociación Nacional de Directivos de Enfermería. 17 Jornadas nacionales de supervisión de enfermería: enfermeras gestoras, retos y propuestas de futuro (Córdoba, 7,8 y 9 Junio 2006). Valencia: Asociación Nacional de Directivos de Enfermería, 2006. POS_052. Poster. C 27-Nº17.

-
- 487 Vicente Peralta, LI; Bonil de las Nieves, C.; Montero Vegas, R.; Sautoho Napa, S.; Rodríguez Espejo, A.; García Gálvez, M. Informe de continuidad de cuidados es una herramienta para la mejora de la comunicación entre Atención Especializada y Atención Primaria Evidentia 2006; 3(7).
- 488 Prieto Tinoco, Juan; Cotilla Franco, Juan Manuel; Estévez Maraver, Rafael; Cruzado Suárez, Mercedes. Documento de consenso en la atención sanitaria interniveles a pacientes con alta complejidad de cuidados. Rev. Tesela. 2008; 2(3). Disponible en: <http://www.index-f.com/tesela/ts3/ts6395.php> (Consultado el 10 de Nov. de 2009).
- 489 Martínez Riera, José Ramón; Sanjuán Quiles, Ángela. Realidad de los cuidados continuados en España Rev Tesela 2011 1º semestre (9). Disponible en: <http://www.index-f.com/tesela/ts9/ts7610.php> (Consultado el 12 de Ene. de 2012).
- 490 Navarro Aval Encarna; Alonso López, Raquel; Rodrigo Mata, Maite; Pancho García, José Mª; Romero Fernández, Ana Rocío. Los informes de las condiciones de salud: la opinión de las enfermeras. Rev. Paraninfo Digital, 2008; 3. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/p150.php> (Consultado el 12 de Nov. de 2009).
- 491 Domínguez Bonet, Luis; Boza Reposo, Concha; Toronjo Gómez, Ángela; López, Inmaculada; Amaro dos Santos, Margarita; Ramírez Balaguera, Rosa. "Los Informes de las Condiciones de Salud" y la Práctica Profesional Enfermera en Atención Primaria de Salud. Rev. Paraninfo Digital, 2008; 3. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/p162.php> (Consultado el 16 de Nov. de 2009).
- 492 Caballero Arroyo, Marcial; De Cristino Espinar, Marisol; Camacho Buenosvinos, Amelia; Muñoz Alonso, Adoración; Pastor López, Ángeles; Luna Moreno, Mª Carmen. Mejora en la seguridad del paciente en los avisos domiciliarios programados los domingos y festivos. Rev. Paraninfo Digital, 2008; 5. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n5/p133.php> (Consultado el 12 de Nov. de 2009).
- 493 De la Torre Barbero, Mª José. Acuerdo de colaboración interniveles: accesibilidad de los pacientes en el domicilio. Enferm Comunitaria (Gran). 2007; 3(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/comunitaria/v3n1/ec6581.php> (Consultado el 12 de Nov. de 2009).
- 494 Prieto Tinoco, Juan; Cotilla Franco, Juan Manuel; Frigolet Maceras, Pepa; Pérez Naranjo, Pedro Manuel; Poyato Poyato, Francisco; Villalobos Muñoz, Pastora. Asignación de material ortoprotésico del plan de apoyo a la familia en el Distrito Sanitario Condado-Campiña). Distrito Sanitario Condado-Campiña, La Palma del Condado (Huelva Resumen de Comunicaciones). IV congreso ASANEC. Asociación andaluza de enfermería comunitaria. Atención a la dependencia en el espacio comunitario. Evidentia 2006; 3(7). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/216-1articulo.php> [ISSN: 1697-638X] (Consultado el 10 de Feb. de 2009).
- 495 Arango Ortega, Juana Mª; Arias Jiménez, Juan Carlos; Rodríguez Barquero, Mª José; Jiménez Blázquez, Carolina; Gómez Lebrón, Josefa; Nava del Val, Antonia. El Modelo Isdabe puede ser una herramienta utilizable en las estrategias de trabajo de las ECEs Resumen de Comunicaciones. IV congreso ASANEC. Asociación andaluza de enfermería comunitaria. Atención a la dependencia en el espacio comunitario. Evidentia 2006; 3(7). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/216-1articulo.php> [ISSN: 1697-638X] (Consultado el 10 de Feb. de 2009).
- 496 Pacheco López, Mª Isabel; Arango Ortega, Juana Mª; Nava del Val, Antonia; Román Andrades, Mª Teresa; Egea Fernández, Ana Felicidad. Censo y procedencia del material ortoprotésico de la zona básica de salud de Marbella. Resumen de Comunicaciones. IV congreso ASANEC. Asociación andaluza de enfermería comunitaria. Atención a la dependencia en el espacio comunitario. Evidentia 2006; 3(7). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/216-1articulo.php> [ISSN: 1697-638X] (Consultado el 10 Feb. de 2012).
- 497 Gonzalo Jiménez, E.; Toral López, I.; Ruiz Barbosa, C.; Martín Santos, F.J.; Morales Asencio, J.M. Estrategias de mejora de la atención primaria en Andalucía. Biblioteca Lascasas, 2007; 3(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0228.php> (Consultado el 12 de Nov. de 2012).
- 498 De Paz, D.; Galdeano, N.; Garrido, M.; Lacida, M.; Martín, R.; Morales, J.M; Pérez, R.; Sánchez, N.; Tirol J. Continuidad de cuidados entre atención primaria y atención especializada. Biblioteca Lascasas, 2007; 3(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0229.php> (Consultado el 12 de Nov. de 2012).
- 499 Rodríguez Gómez, Susana; Lacida Baro, Manuela; Caballero Algarín, Mª del Mar; García Aguilar, Rocío A; Pérez Hernández, Rosa Mª; López Alonso, Sergio R. Manual de la Gestión de Casos en Andalucía: Enfermeras Gestoras de Casos en Atención Primaria Biblioteca Lascasas 2007 3(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0245.php> (Consultado el 12 de Dic. de 2010).

500 Pérez Hernández, Rosa M.; López Alonso, Sergio Romeo; Lacida Baro, Manuela y Rodríguez Gómez, Susana. La enfermera comunitaria de enlace en el Servicio Andaluz de Salud. *Enfermera Comunitaria (Gran)*. 2005; 1(1). Disponible en: http://www.index-f.com/comunitaria/1revista/1_articulo_43-48.php (Consultado el 13 de Nov. de 2010).

501 Hernández Pérez, Roberto del Sacramento. La enfermera comunitaria en la atención socio sanitaria. *Rev. ENE Enferm.* 2007 dic.; (1):7-16. Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/49> (Consultado el 13 de Nov. de 2009).

502 Batres Sicilia. De la precisión de cuidados a los cuidados imprescindibles. Las enfermeras gestoras de casos en Andalucía: la enfermera comunitaria de enlace *Rev. Adm. Sanit.* 2009;7(2):313-22.

503 Pino Mesas, Rosa Delia. La satisfacción del cuidado. *Arch. Memoria.* 2006; 3(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/memoria/3/n20603.php> (Consultado el 13 de Nov. de 2010).

504 Silvano Arranz, Agustina; Fernández Lao, Agustina. Necesidades sentidas desde la perspectiva del paciente oncológico en el ámbito domiciliario. *Biblioteca Lascasas*, 2010; 6(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0521.php> (Consultado el 12 de Nov. de 2012).

505 Alcántara González, Miguel Ángel; Brea Ruiz, M^a Teresa; Flores Gómez, Julián; Ortiz Castro, Rosario; López López, Begoña. Intervención de la Enfermera Comunitaria de Enlace (ECE) en las ZBS de Bermejales y Bellavista (Sevilla) durante el Plan de Prevención de la Ola de calor de 2004. Resumen de Póster. IV congreso ASANEC. Asociación andaluza de enfermería comunitaria. Atención a la dependencia en el espacio comunitario. *Evidentia 2006 ene-feb.*; 3(7). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/216-2articulo.php> [ISSN: 1697-638X] (Consultado el 12 de Nov. de 2012).

506 Pastor López, Ángeles. Un año de trabajo como enfermera de enlace: una experiencia. Resumen de Póster. IV congreso ASANEC. Asociación andaluza de enfermería comunitaria. Atención a la dependencia en el espacio comunitario. *Evidentia 2006*; 3(7). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/216-2articulo.php> [ISSN: 1697-638X] (Consultado el 12 de Nov. de 2012).

507 Alba Rosales, Adoración; Ramiro Torres, Carmen; Álvarez Rodríguez, Inmaculada; Osorio Peña, Ana Belén; Ruiz Roldan, Esther; Jiménez, M^a Luisa. Registros enfermeros en Atención Primaria. Informe de Continuidad de Cuidados Resumen de Póster. IV congreso ASANEC. Asociación andaluza de enfermería comunitaria. Atención a la dependencia en el espacio comunitario. *Evidentia 2006 ene-feb.*; 3(7). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/216-2articulo.php> [ISSN: 1697-638X] (Consultado el 12 de Nov. de 2012).

508 Liébana Fernández, J.L; Nieto Muñoz, M.J; Castillo Quintero, A.; Quero Cabeza, A.; Rodríguez Muñoz, J. Hábitos de alimentación de la población atendida por las enfermeras comunitarias de enlace. *Rev. Paraninfo Digital.* 2007; Año 1(2). Póster. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/p133.php> (Consultado el 13 de Nov. de 2009).

509 Gómez Manzano, Rafael; Martínez Fuentes, Amalia; Martínez Herrera, Antonia; Moreno Otto, Concepción; Urbina Faraldo, Inmaculada; López Aguirre, Nieves. Gestión de material ortoprotésico por la enfermera de enlace en Atención Primaria *Rev. Paraninfo digital* 2008 Año 2(3). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/p133.php> (Consultado el 13 de Nov. de 2009).

510 Un tubo gastrostómico endoscópico percutáneo (PEG) es una sonda de alimentación que se inserta quirúrgicamente a través de la piel del abdomen ("percutáneo") hasta el estómago ("gastrostómico"). Un tubo PEG se puede usar cuando una persona tiene dificultades para tragar o cuando los alimentos no pueden satisfacer las necesidades nutricionales debido a la falta de apetito o a la mayor necesidad de calorías. A veces los tubos PEG se insertan como apoyo nutricional temporal para pacientes que se han sometido a una cirugía de cuello o cabeza.

511 M.C. Parejo Velasco; A.M. Nofuentes Gila; G. Pérez Molina; I. Fernández Lao; E. Martínez Mengibar; C.M. Miralles Núñez. Sonda gástrica percutánea: nuestra experiencia en imágenes en Almería Resumen de Comunicaciones. IV congreso ASANEC. Asociación andaluza de enfermería comunitaria. Atención a la dependencia en el espacio comunitario. *Evidentia 2006*; 3(7). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/216-1articulo.php> [ISSN: 1697-638X] (Consultado el 10 de Nov. de 2009).

512 Tobías Manzano, Ana; García Arrabal, Juan José; Gonzalo Jiménez, Elena; Millán Carrasco, Almudena; Morilla Herrera, Juan C; Rivas Campos, Antonio. Efectividad del modelo de enfermeras comunitarias de enlace en la valoración integral de pacientes domiciliados Resumen de Póster. IV congreso ASANEC. Asociación andaluza de enfermería comunitaria. Atención a la dependencia en el espacio comunitario. *Evidentia 2006 ene-feb.*; 3(7). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/216-2articulo.php> [ISSN: 1697-638X] (Consultado el 12 de Nov. de 2012).

513 Juvinyà D.; Suñer R.; Brugada N.; Bertrán C.; Graboleda C.; Vila M. Implementación de un programa de enlace y continuidad entre hospital y atención primaria. *Rev. Paraninfo Digital*, 2007; 2. Disponible en: <<http://www.index-f.com/para/n2/050.php>> (Consultado el 13 de Nov. de 2009).

514 Jurado-Campos, Jeroni; Anglada- Dilme, M. Teresa; Canet Ponsa, Monserrat; Privat-Marcè, M. Lluïsa; Fàbrega-Pairó, Teresa; Juvinyà-Canal, Dolors. Implementación de un modelo integrado de enfermería de enlace: un estudio descriptivo *Enferm Clínica* 2008; 18(5):253-261.

515 Saavedra Llobregat, M. Dolores; Ruiz Miralles, M. Luisa; Flores Rajona, Inmaculada; Soler Leyva, Pepa; Gallad Romero, Juan. Gestión de casos en la integración de niveles asistenciales: Análisis de resultados *Invest & Cuid* 2009; 7(14):45-53. Disponible en: <http://www.enferalicante.org/index.asp?idp=838> (Consultado el 12 de Nov. de 2012).

516 Rivas Cerdeira, Rosa M^a; Cantarero Lafuente, Lourdes; La Orden Macorra, María Jesús; Reina Garfía, María del Mar; Burgos Gorjón, María Ángeles; Páez Fernández, Antonia; Díaz Rico, M^a Ángeles. Eficiencia de una intervención de las enfermeras de enlace en la prescripción de absorbentes. *Metas Enferm* 2007 oct.10 (8):28-31.

517 Morales-Asencio, J.M; Gonzalo-Jiménez; Martín-Santos, F.J; Morilla-Herrera, J.C; Celdrán Mañas, M.; Millán Carrasco, A.; et al. Effectiveness of a nurse-led case management home care model in Primary Health Care. A quasi-experimental, controlled, multi-centre study. *BMC Health Services Res.* 2008; 8:193. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/193>(Consultado 12 de Nov. de 2012)

518 Godoy Cano, José Andrés; Godoy Cano, Antonia; Nájera Ruiz, Antonia; Martín Sánchez, M^a Carmen. Trabajando unidos en promoción de salud y prevención de escaras. *Rev. Paraninfo Digital*, 2008; 3. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/p143.php> (Consultado el 13 de Nov. de 2009).

519 Un tubo PEG es una sonda de alimentación que se inserta quirúrgicamente a través de la piel del abdomen ("percutáneo") hasta el estómago ("gastrostómico"). Un tubo PEG se puede usar cuando una persona tiene dificultades para tragar, como también cuando los alimentos no pueden satisfacer las necesidades nutricionales debido a la falta de apetito o a la mayor necesidad de calorías. A veces los tubos PEG se insertan como apoyo nutricional temporal para pacientes que se han sometido a una cirugía de cuello o de cabeza.

520 Pérez de los Santos, Olga; Montero Fernández, Diego; Pino Mesas, Rosa; Gutiérrez Caballero, José Manuel; Gómez Manzano, Rafael; Capote Castillo, Juan Manuel. Sustitución de la sonda de gastrostomía percutánea en el ámbito domiciliario. *Rev. Paraninfo Digital*, 2008; 3. Disponible en: <<http://www.index-f.com/para/n3/p133.php>> (Consultado el 13 de Nov. de 2009).

521 García Arrabal, Juan José; Tobías Manzano, Ana; Bonil, Candela; Celdrana Mañas, Miriam; Contreras Fernández, Eugenio; Cenego Fernández, Antonia. Utilización de recursos socio-sanitarios en 2 modelos de Atención Domiciliaria: EGs Vs. Modelo Convencional. *Evidentia*. 2006 ene-feb.; Año 3(7). Póster, resumen. Resumen de Comunicaciones. IV congreso ASANEC. Asociación andaluza de enfermería comunitaria. Atención a la dependencia en el espacio comunitario. *Evidentia* 2006.; 3(7). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/216-1articulo.php> [ISSN: 1697-638X] (Consultado el 12 de Nov. de 2012).

522 Puig Girbau, Nuria; Lladó Blanch, M^a Magdalena. Protocolo de actuación ENLACE-PREALT. *Metas Enferm* 2011; 14(6):8-12. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com> (Consultado el 12 de Nov. de 2012).

523 Lobo Escolar. Evaluación del coste-efectividad de una intervención de enfermera de gestión de casos frente al cuidado estándar *Enferm Clínica* 2009; 19(2):98-99.

524 Pineda del Río, Ana Isabel; Sánchez Roble, Mariano. Análisis de presunto intrusismo profesional en el ámbito del trabajo social sanitario: la enfermera de enlace *Trab. Soc. y Salud Es* 2006 dic. 55:149-161.

525 Álvarez Rodríguez, Inmaculada. Enfermera Comunitaria de Enlace: Grado de conocimiento en la población. Resumen de Póster. IV congreso ASANEC. Asociación andaluza de enfermería comunitaria. Atención a la dependencia en el espacio comunitario. *Evidentia* 2006 ene-feb.; 3(7). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/216-2articulo.php> [ISSN: 1697-638X] (Consultado el 12 de Nov. de 2012).

526 Federación de Asociaciones de Enfermería Familiar y Comunitaria (FAECAP). Posicionamiento de FAECAP ante la Ley del Medicamento. *Biblioteca Lascasas* 2006; 2 (2). Disponible en: <<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0172.php>> (Consultado el 12 de Nov. de 2009).

-
- 527 Morales Asencio, J.M; Martín Santos, F.J; Contreras Fernández, E.; Morilla Herrera, J.C. Prescripción de medicamentos y productos sanitarios por Enfermeras Comunitarias. *Enferm Común (edición digital)* 2006, 2(1). Disponible en: <<http://www.index-f.com/comunitaria/v2n1/a49-57.php>> (Consultado el 12 de Nov. de 2009).
- 528 Vázquez Sánchez, María de los Ángeles; Castro López, Pilar; Carrión Velasco, Yolanda; Valero Cantero, Inmaculada; Iglesias Parra, María Rosa; Reina Campos, María de los Remedios. La Prescripción Enfermera: una realidad. *Rev. Paraninfo digital.* 2008; Año 2(3). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n10/p071.php> (Consultado el 12 de Nov. de 2009).
- 529 Enciso Higuera, Juan. Competencias de Enfermería en Atención Primaria de Tenerife. *Prescripción Enfermera. Rev.ENE de Enfermería.* 2011; 5(3):44-51. Disponible en: <http://enfermeros.org/click/click.php?id=186> (Consultado el 12 de Nov. de 2012).
- 530 Jiménez Rodríguez, Diana; Morales Moreno, Isabel; Carmona Ruiz, Juan; Berberena García, Antonio Gonzalo; Esteve Cabezas, María Dolores. Aproximación a la perspectiva de los usuarios acerca de la prescripción enfermera. *Tempus Vitalis -Esp-*. 2009; 9(1):12-19. Disponible en: <http://www.tempusvitalis.com/descargas/articulos/2009vol9num1/2prescripcion91.pdf> (Consultado el 12 de Nov. de 2012).
- 531 Alfaro-Lara, Eva Rocío; Palma-Morgado, Daniel; Hevia-Álvarez, Elena; Caraballo-Camacho, María de la O; Ferrer López, Ingrid; Domínguez-Camacho, Juan Carlos; Desongles-Corrales, Trinidad. Estudio sobre la utilización y adecuación de absorbentes para la incontinencia urinaria en un distrito de atención primaria *Enferm Clínica* 2011; 21(6):320-326.
- 532 Mancha Parrilla, Mariluz; Ramírez Jiménez, Rita; Larrubia Ramos, Concepción; Rodríguez Alcázar, Miguel Ángel; Arango Ortega, Juana; Báez Cabeza, Antonio. Absorbentes: racionalizamos su prescripción. *Evidentia* 2006; Año 3(7). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/216-2articulo.php> (Consultado el 9 Nov. de 2009).
- 533 García Sánchez, F.J; Roncero, A.; Pulido de la Torre, M.D; García-Pliego; González-Mohino, A. Experiencia de Implantación del Proceso Enfermero en el Área de Atención Primaria de Ciudad Real. *Enfermería Comunitaria (Edición digital)* 2005, 1(2). Disponible en: <<http://www.index-f.com/comunitaria/2/a32-36.php>> (Consultado el 12 de Nov. de 2009).
- 534 Quiñones Pérez, Marta; González Fernández, Marta; Sutil Pellitero, Carmen; González Marcos, Noelia. Premio a la comunicación mejor valorada por los congresistas: NANDA, NIC, NOC: los grandes desconocidos en Castilla y León. *Ciber Revista-Esp-2009*; 6:5. Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/abril/pagina5.html> (Consultado el 10 de Feb. de 2013).
- 535 Alonso Cardo, Laura. Proceso de cuidados en Atención Primaria. Una experiencia de aprendizaje. *Educare21 -Esp-* 2006 nov. (30). Disponible en: http://www.enfermeria21.com/educare/secciones/aprendiendo/detalle_index.php?Mg%3D%3D&MTlw&Mjc%3D&MTkyMA%3D%3D (Consultado el 3 de Feb. de 2013).
- 536 Galán Sendra, B.; Rojas de Mora-Figueroa, A.; García Cañadas, M. L.; Reyes González, C.; Vargas Gómez, C.; Aguilera Maldonado, L.; et al. Implantación de los modelos de cuidados en atención primaria: ¿teoría o realidad? *Rev. Paraninfo Digital*, 2007; 1. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n1/p163.php> (Consultado el 12 de Nov. de 2012).
- 537 Coronado Contreras, I.; Escribano Paz, B.; Expósito Barbullido, F. J. Evaluación del proceso de atención enfermera y del uso de diagnósticos de enfermería en el área de salud de Plasencia. *Educare21*, 2007; 45. Disponible en: [http://www.enfermeria21.com/educare/secciones/aprendiendo/detalle_index.php?Mg%3D%3D&MTUw&Mjc%](http://www.enfermeria21.com/educare/secciones/aprendiendo/detalle_index.php?Mg%3D%3D&MTUw&Mjc%3D) (Consultado el 12 de Nov. de 2010).
- 538 Hueso Navarro, Fabiola; Berroche Ala yeto, Lourdes; Giral Guembe, Anuntxa; Pérez Pérez, M^a José; Magaña Moreno, Araceli; Pozueta Diéguez, Guadalupe; Santacruz Redrado, Eva. La evolución de nuestra perplejidad. *Evidentia* 2007; Año 4(13). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n13/305-1articulo.php> (Consultado el 13 de Nov. de 2009).
- 539 Besora Torradeflot Inca. Diagnósticos enfermeros estandarizados: guía para la práctica clínica en Atención Primaria. *Metas de Enferm*, 2008. 11(3), 21-26.
- 540 Fernández Copado, M.L.; Armijo Sánchez, R.M.; Castillo Cano, J.A.; Hornos Hervás, J.; Izaguirre Sánchez, M.L.; Sánchez Ruiz, M.J.(2006). "Manual de diagnósticos enfermeros más frecuentes en Atención Primaria" como herramienta para la mejora de los cuidados enfermeros en el Distrito Sanitario Jaén Norte. Resumen de Póster. IV congreso ASANEC. Asociación andaluza de enfermería comunitaria. Atención a la dependencia en el espacio comunitario. *Evidentia* 2006; 3(7). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/216-2articulo.php> [ISSN: 1697-638X] (Consultado el 10 de Nov. de 2011).

- 541 Brito Brito, P. R. El proceso enfermero en Atención Primaria I. Rev. ENE Enferm 2007;1(1):17-26. Disponible en: <http://enfermeros.org/revista> (Consultado el 12 de Nov. de 2013).
- 542 Brito Brito, P. R. El proceso enfermero en atención primaria (II): diagnóstico. Rev. ENE Enferm. 2008, 2(8-18.) Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/184> (Consultado el 12 de Nov. de 2013).
- 543 NANDA International (antes llamada Nor American Nursing Diagnosis Association) es una sociedad científica de enfermería cuyo objetivo es estandarizar el diagnóstico de enfermería. Fue fundada en Estados Unidos en 1982 para desarrollar y refinar la nomenclatura, criterios y la taxonomía de diagnósticos de enfermería.
- 544 Maccloskey, Bulechek. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 4ª edición. Madrid: Elsevier Mosby. 2005.
- 545 Brito Brito, P. R. Proceso enfermero en AP IV. Rev. ENE Enferm 2008; 4:6-12. Disponible en: <http://enfermeros.org/revista> (Consultado el 12 de Nov. de 2013).
- 546 Brito Brito, P.R; De Armas Felipe, JM; Crespo-Gómez, A.; Aguirre Jaime, A. Factores asociados al incremento en el uso de la metodología enfermera en Atención Primaria. Enferm Global -Esp- 2011; 10(24):189-199. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/137451/124771> (Consultado el 13 de Nov. de 2010).
- 547 Metodología enfermera es lo mismo que "Proceso de enfermería" (PE), es una metodología creada por los profesionales de enfermería para mejorar la calidad de la atención que se presta a los usuarios. Es un método sistemático y organizado de administrar cuidados, sigue los pasos del método científico, busca racionalizar y sistematizar la adquisición de conocimientos y su aplicación. Su fundamentación en diversas teorías permite que cada profesional le pueda dar una orientación distinta, a partir del sustento teórico que haya elegido, para la identificación de las necesidades y las respuestas únicas de las personas o grupos. May-Uitz, Saúl; Salas-Ortegón, Silvia Carola; Tun-González, Dallany Trinidad; Pacheco-Lizama, Juan Gustavo; Collí Novelo, Lidia Beatriz; Puch-Ku, Eloísa Beatriz del Socorro. Evaluación de conocimientos, habilidades y actitudes sobre el proceso de enfermería. Rev. Enferm IMSS -Méx- 2014 ; 22(1):13-18 Disponible en : http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=469&Itemid=
- 548 Cifuentes Francisco, F. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. Informe sobre IV Congreso del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo y conclusiones. Biblioteca Lascasas, 2006; 2. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0097hp> (Consultado el 3 de Feb. de 2013).
- 549 Martínez Piédrola, M.; Castro Molina, M.; Sáez Crespo, A. Disfunción eréctil: objetivos e intervenciones en la consulta de enfermería. Enfermería Clínica 2005; 15, 43-49.
- 550 Del Olmo Macià, C.; Medrano Medrano, C.; Areny Ribera, T.; Domínguez Olivera, L.; Herraiz Grande, A.; Martí José, N. Plan de cuidados en pacientes con EPOC (NANDA-NIC-NOC) en Atención Primaria Evidentia 2007;4(13). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n13/305-2articulo.php> (Consultado el 3 de Feb. de 2013).
- 551 Baraza Cano, M.P; Lafuente Robles, N.; Granados Alba A. Identificación de Diagnósticos Enfermeros en población inmigrante en el Distrito Poniente de Almería. Enferm. Comun. 2005; 1(1). Disponible en: http://www.index-f.com/comunitaria/1revista/1_articulo_18-23.php (Consultado el 12 de Nov. de 2012).
- 552 Alba Sánchez, Fátima; Aranda Rodríguez, Cynthia; Bermúdez Román, María del Rocío; Camacho Vaz, Jonathan; Corento Vázquez, Manuela; Delgado Salguero, Yolanda. Prevalencia del riesgo de soledad en personas mayores de 65 años. Resumen de Comunicaciones. IV congreso ASANEC. Asociación andaluza de enfermería comunitaria. Atención a la dependencia en el espacio comunitario. Evidentia 2006 ene-feb.; 3(7). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/216-1articulo.php> [ISSN: 1697-638X] (Consultado el 10 Nov. de 2010).
- 553 González Pascual, Juan Luis. Usos del Diagnóstico "Conductas generadoras de Salud" en Atención Primaria de Madrid y Propuestas de futuro. Enfermería comunitaria 2011; 7(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/comunitaria/v7n2/ec7597.php> (Consultado el 10 de Feb. de 2013).
- 554 Alba Rosales, Adoración; Ramiro Torres, Carmen; Álvarez Rodríguez, Inmaculada; Osorio Peña, Ana Belén; Ruiz Roldan, Esther; Jiménez, Mª Luisa. Registros enfermeros en Atención Primaria. Informe de Continuidad de Cuidados Evidentia 2006; Año 3(7). Disponible en disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/216-1articulo.php> 13 (Consultado en Nov. de 2010).
- 555 Villarejo Aguilar, Luis; Pancorbo-Hidalgo, Pedro Los Diagnósticos de enfermería, resultados e intervenciones identificadas en pacientes ancianos pluripatológicos tras el alta hospitalaria. Gerokomos 2011; 22(4):152-162.

556 Martínez Martín, M^a Luisa; Canalejas Pérez, M^a del Coro; Vera Cortés, Manuel Luis; Cid Galán, M^a Luisa; Martín Salinas, Carmen. t Déficit de autocuidado en los pacientes de 75 años y más, a los dos meses del alta hospitalaria Metas Enferm- 2010; 13(7):28-32.

557 Gamarra Lousa, M.; Sanz Muñoz, M.L; Cabrerizo Barrios, L.; García Huerta, L.; Calonge Barrio, M.A. Continuidad de cuidados en atención primaria a pacientes con fractura de cadera, dados de alta en atención especializada Invest & Cuid 2010 8 (16):22-26.

558 Ballester Rubio, Montserrat; Borrás Español, Lidia; Corbalán Carrillo, Gloria; Hernández Vian, Blanca; Paul Galceran, Georgina; Pérez Rodríguez, Joana. Perfil de salud y diagnósticos de enfermería en la población de atención domiciliaria del Área Básica de Salud de Castellar del Vallès .Nure Inv. 2008; 5(32). Disponible en: http://www.fuden.es/originales_detalle.cfm?ID_ORIGINAL=109&ID_ORIGINAL_INI=1 (Consultado el 12 de Nov. de 2010).

559 Morales Márquez, María Dionisia; Correa Custodio, Paulina; Ardáiz Flamarique, Benita; García Gallardo, Petra; García Saucedo, Alberto; Pérez Noria, Antonio. Prevalencia de diagnósticos enfermeros en la población demandante de ayuda de la Ley de Dependencia Rev. Paraninfo digital 2008 Año 2(3). Disponible en: <<http://www.index-f.com/para/n3/p192.php>> (Consultado el 12 de Nov. de 2009).

560 Liébana Fernández, José Luis; Quero Cabeza, Aurora; Fernández Gámez, Soledad; Nieto Muñoz, María José; Osorio Robles, María; Romero Pérez, Inmaculada. El diagnóstico del cansancio del rol del cuidador. Un análisis desde atención primaria. Resumen de Comunicaciones. IV congreso ASANEC. Asociación andaluza de enfermería comunitaria. Atención a la dependencia en el espacio comunitario. Evidentia 2006; 3(7). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/216-1articulo.php> [ISSN: 1697-638X] (Consultado el 10 Nov. de 2010).

561 Arana Álvarez, Raquel; Martín Martín, Elena; Molins Infante, Patricia; Muñoz Polonio, Rosa María; Orta Sosa, Eloísa María; Soto Márquez, Carmen. Cansancio del rol de cuidador en personas con familiares que tienen enfermedades incapacitantes. Resumen de Comunicaciones. IV congreso ASANEC. Asociación andaluza de enfermería comunitaria. Atención a la dependencia en el espacio comunitario. Evidentia 2006 ene-feb.; 3(7). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/216-1articulo.php> [ISSN: 1697-638X] (Consultado el 10 de Nov. de 2009).

562 Izquierdo Carrasco, Juan Miguel; Serrano Cepas, Mari Carmen; Bermejo Abellá, Dolores; Moreira Sánchez, Miranda; López León, Ana. Bienestar del cuidador familiar. Resumen de Comunicaciones. IV congreso ASANEC. Asociación andaluza de enfermería comunitaria. Atención a la dependencia en el espacio comunitario. Evidentia 2006 ene-feb.;3(7). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/216-1articulo.php> [ISSN: 1697-638X] (Consultado el 10 de Nov. de 2009).

563 Martínez Fuentes, Amalia; Doblas Medina, Consolación; Pino Mesas, Rosa Delia; Moreno Otto, Concepción. Diagnósticos, Intervenciones y Objetivos enfermeros más prevalentes en la población atendida por la Enfermera Comunitaria de Enlace. Evidentia. 2006 ene-feb.; Año 3(7). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/216-2articulo.php> (Consultado el 13 de nov. de 2010).

564 Morilla Bernal, Ángel Felipe; Morilla Bernal, María Mercedes. Implantación e Implementación de la metodología enfermera en Atención Primaria. Rev. Paraninfo Digital, 2007; 2. Disponible en: <<http://www.index-f.com/para/n2/003.php>> (Consultado el 12 de Dic. de 2012).

565 Brito Brito. Diagnósticos enfermeros priorizados en atención primaria. Enfermería Global, 2009 (16). Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/66221> (Consultado el 12 de Nov. de 2010).

566 Brito Brito, Pedro Ruymán. El Proceso Enfermero en Atención Primaria (V): Evaluación. Rev. ENE Enferm.2009, 3(1), 42-51. Disponible en: <http://enfermeros.org/revista> (Consultado el 12 de Nov. de 2010).

567 Brito Brito, Pedro Ruymán; Rodríguez Álvaro, Martín; Toledo Roswell, Cristina. Problemas NANDA del dominio psicosocial más frecuentes en Atención Primaria. Rev. ENE Enferm. 2009; 3(1), 42-51.

568 Zapata Sampedro, M.A; Matute Caballero, M.N; Cobos Boza. Cuidados a personas con discapacidad severa. Caso clínico. Enferm Global 2007;(10). Disponible en: <http://www.um.es/ojs/index.php/eglobal/article/viewFile/248/235> (Consultado el 12 de Nov. de 2010).

569 Arboledas Bellón, Josefa. Dolor y depresión: estrategias de mejora en atención primaria. Caso clínico. Rev. ROL Enferm. 2009; 32(6):55-60.

570 Sánchez García, Olga; Domínguez Rodríguez, M^a del Carmen. Plan de Cuidados de Enfermería para el paciente en situación de Agonía en Atención Primaria Rev. ENE Enferm 2010 4(2):71-82.

571 Igea Moreno, M.; Lozano García, Y.; González Gascón, R. Implantación de la metodología enfermera en los sistemas informáticos de atención primaria Enfermería Global 2005; 6,1. Disponible en: www.um.es/eglobal/ (Consultado el 13 de Nov. de 2010).

572 Chorén Freire, M^a Jesús; Campo Vázquez, Felicitas; Díaz Ortiz, M^a Ángeles; Campo Vázquez, Concepción; Cascón García, Miguel. Gestión informática del cuidado: una herramienta de trabajo para Atención Primaria denominada e-. Evidentia. 2005. Año 2(5). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n5/117articulo.php> (Consultado el 13 de Nov. de 2010).

573 Cerrillo Patiño, J. R. (2007). "Sistema de Información de Atención Primaria: "Turriano", software al servicio de las/os enfermeras/os de AP. Plataforma de elaboración de Planes de Cuidado y de Atención de Enfermería (PAE)". Evidentia. NANDA-NIC-NOC "De la perplejidad a la generación de conocimiento". Resumen de póster. Evidentia 2007 ene-feb.; 4(13). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n13/305-2articulo.php> [ISSN: 1697-638X] (Consultado el 13 de Nov. de 2010).

574 Navarro Carrasco, Cristina María; Bernalte Benazet, Álvaro. La información sanitaria, su importancia para los enfermeros de familia y la accesibilidad de éstos a las bases de datos Rev. Paraninfo Digital 2008; II(5). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n5/p049.php> (Consultado el 13 de Nov. de 2010).

575 Barrios Torres, R. Módulo de metodología enfermera en Drago-AP. Rev. ENE Enferm, 2008; 2(41-51).

576 Rico Blázquez, Milagros; Ferrer Arnedo, Carmen; de Frías Redondo, Marisol; Valdivia Pérez, Antonio; Pérez de Hita, Concepción; Regidor Roperio, Teresa. Prevalencia de problemas de cuidados en población vulnerable. Metas Enferm 2009; 12(7):10-14.

577 Cerezo Sanmartín, M.; Gutiérrez Aranda, J.M; Perán Artero, S.; Gómez González, G.; Carrasco Gutiérrez, P. Historia clínica informatizada de enfermería en el Departamento de Torreveja salud como Instrumento de gestión de calidad. Enferm Global - Esp- 2009 |2 (17). Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/75241/72981> (Consultado el 13 de Nov. de 2010).

578 Delgado Aguilar, H.; Pereda Arregui, E.; Delgado Aguilar, M.J; Vizcaya Horno, G.; Remírez Sobérbiala, J.M. Atención primaria e incontinencia urinaria masculina .Enfuro 2011; 118:10-12.

579 Sánchez Monfort, Josep. Registro informático de los cuidados enfermeros al fumador, Cuid y Educ 2006; mayo (XI):20-23. Disponible en: http://www.seapremur.com/Revista_Mayo_2006/revista_Mayo_2006.htm (Consultado el 13 de Nov. de 2010).

580 Peñacoba Maestre, D.; Franco Vidal, A. Perfil de las personas mayores de 75 años que acuden a un centro de salud. Enferm Comun 2005; 1(1). Disponible en: http://www.index-f.com/comunitaria/1revista/1_articulo_29-34.php (Consultado el 10 de Feb. de 2013).

581 Abalia Camino, Inmaculada; García Landa, Mercedes; Feito Fernandez-Capalleja, M^a Teresa; Sánchez Fernández, Clara; Sánchez Mata, Angel. Perfil socioeconómico y calidad de vida de mujeres de 40-60 años en una muestra de la Comarca Uribe Kosta. Enferm Comunitaria (Gran). 2006. 2. (1). Disponible en: <http://www.index-f.com/comunitaria/v2n1/a30-37.php> (Consultado el 10 de Feb. de 2013).

582 Casado del Olmo, María Isabel; Fernández Araque, Ana María; Santa Clotilde Jiménez, Elena. Calidad de vida en mujeres mayores de 65 años que acuden habitualmente al centro de salud (Z.B.S. Valladolid). Biblioteca Lascasas.2007; 3(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0211.php> (Consultado el 10 de Feb. de 2013).

583 Maldonado Pacheco, Adriana; Corral Sastre, Lucía; Arranz Cabañas, Soraya; Aranda Moreno, Silvia; Serrano Gallardo, Pilar. Problemas crónicos de alta prevalencia. Abordaje enfermero desde una perspectiva epidemiológica. Educare21 -Esp- 2010; 64.

584 Lizcano-Álvarez, Ángel; Griñan-Soria, Fernando; Hidalgo-García, Carmen; Góngora-Maldonado, Francisco; Villar-Oset, Joaquín; Martín-Madrado, Carmen. Estratificación del riesgo cardiovascular, según tabla SCORE, en el Día Europeo de la Prevención del Riesgo Cardiovascular en centros de salud de la comunidad de Madrid. Enferm Clínica 2011 21(6):344-348.

585 Xímenes Neto, F.; Melo, J.R. Control de la hipertensión arterial en Atención Primaria de salud. Un análisis de las prácticas del enfermero. Enferm Global 2005. Disponible en: <http://www.um.es/eglobal/6/06c06.html> (Consultado el 19 de Oct. de 2010).

586 Zapata Sampedro, Marco Antonio. El paciente hipertenso en consulta enfermera. Enferm Global 2006; (9). Disponible en: <http://www.um.es/eglobal/9/09d03.html> (Consultado el 18 Nov. de 2010).

587 Guevara Muñoz, Carmen. Por favor, que mi enfermera me tome la tensión arterial: los médicos obtienen valores que sobrestiman mi presión [Little P, Barnett J, Barnsley L, Marjoram J, Fitzgerald-Barron A, Mant D. Comparison of agreement between

different measures of blood pressure in primary care and daytime ambulatory blood pressure. *BMJ*. 2002; 325(7358):254.] [Brueren MM, Schouten HJ, de Leeuw PW, van Montfrans GA, van Ree JW. A series of self-measurements by the patient is a reliable alternative to ambulatory blood measurement. *Br J Gen Pract*. 1998 Sep.; 48(434):1585-9.]. *Evidentia*. 2007 Año 4(16). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n16/350articulo.php> [ISSN: 1697-638X] (Consultado el 10 de Nov. de 2012).

588 Guevara Muñoz, Carmen. ¿Debe incluirse en el protocolo de HTA que se aplica en un Centro de Salud de Atención Primaria la práctica de la auto medición de presión arterial (AMPA)? *Evidentia*. 2007; Año 4(16). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n16/348articulo.php> (Consultado el 10 de Nov. de 2012).

589 Tirado Pedregosa, Gerardo; Sánchez Ruiz, Máximo Juan. ¿Debe ser utilizado el AMPA para el diagnóstico de la HTA en pacientes sensibles a la bata blanca? Una revisión de evidencias. *Evidentia*. 2007; Año 4(15). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n15/328articulo.php> (Consultado el 10 de Nov. de 2012).

590 Lafuentes Robles, Nieves; Cruz Arándiga, Rafaela; Batres Sicilia, Juan Pedro; Granados Alba, Alejandro; Castilla Romero, M^a Luisa. Guía de atención enfermera a personas con diabetes. Segunda. Sevilla (España): Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria, 2006. 189 p. 84-689-9734-X / DL SE-3461/06. Libro divulgativo. 2A-GUI-2006.

591 Molinés Barroso, Raúl Juan; Álvaro Alfonso, Francisco Javier; Rodríguez Lorenzo, Silvia; Lázaro Martínez, José Luis. Revisión bibliográfica sobre el enfoque integral del paciente con pie diabético en la consulta de enfermería de Atención Primaria. *Rev. ENE Enferm*. 2007 dic.; (1):45-55.

592 Díaz Grávalos, Gabriel; Palmeiro Fernández, Gerardo; Casado Górriz, Inmaculada; Arandia García, Margarita; Portuburu Izaguirre, M Maite; Vázquez Fernández, Luis A. Cumplimiento de los objetivos de control metabólico en diabetes Mellitus en el medio rural de Ourense. *Rev. Esp Salud Pública*. 2006.; 80(1):67-75.

593 Monteros Morales, C.; Álvarez Vargas, C.; Echevarria Zamanillo, M.; Pérez Alonso, J.; Sánchez Gómez, M.B; Duarte Climents, G. Tratar la obesidad: El plato fuerte de la Atención Primaria. *Rev. Paraninfo Digital*. 2008; II (5). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n5/o081.php> (Consultado el 13 de Nov. de 2009).

594 El monofilamento (MF) se emplea para valorar la sensación de presión superficial en la piel, en los pacientes diabéticos. Se trata de un filamento de nailon, por lo general unido a un mango de plástico, que al doblarse aplica una presión constante del orden de varios gramos (generalmente 10 g), independientemente de la fuerza que aplique el explorador. Esa presión sobre la superficie cutánea es siempre la misma, incluso tras combarse. El MF más ampliamente utilizado es el de 5,07, que da una presión de 10 g, ya que es el que mejor se correlaciona con la presencia de ulceraciones y con el riesgo de desarrollarlas en estudios prospectivos.

595 Orihuela R.; Heras A.; Pozo M. Monofilamento 5.07 uso en las consultas de Enfermería de Atención Primaria *Revista Rol de Enfermería*, 2005; 28(12), PP: 43 -47.

596 Zapata Sampedro, Marco A. Mal perforante plantar. *Hygia de Enfermería* 2007; XIV (66):46-50. Disponible en: <http://www.colegioenfermeriasevilla.es/Publicaciones/Hygia/> (Consultado el 13 de Nov. de 2009).

597 El pie diabético complicado se caracteriza por la aparición de ulceración, infección o gangrena. La úlcera neuropática o mal perforante plantar es la lesión más característica del pie diabético complicado, agravándose el pronóstico en el curso evolutivo del pie. La infección es fácil y frecuente, pudiéndose llegar a producir osteomielitis de los huesos del pie afecto.

598 Polanco Teijo, Flavia. Descentralización del control de la anti coagulación oral en un centro de salud rural en Galicia. *Enferm Comunitaria (Gran)*. 2007; 3(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/comunitaria/v3n2/ec6491.php> (Consultado el 12 de Nov. de 2009).

599 Zapata Sampedro, Marco Antonio; García Fuente, Sandra; Jiménez Gil, Ana. Manejo del paciente anti coagulado en Atención Primaria. *Nure Inv*. 2008; 5(34).

600 Romero Guardado, Araceli; Pérez Lucena, Doris Amalia. Sistema de medición y control ambulatorio de los niveles de anticoagulación. *Sistema CoaguChek XS*. *Rev. ROL Enferm*. 2009 mar; 32(3):51-56.

601 Chorén Freire, M. Jesús; Campo Vázquez, Felicitas; Díaz Ortiz, M. Ángeles; Campo Vázquez, Concepción; Gascón García, Miguel. Valoración del paciente del control del Sintrom en su centro de salud. *Evidentia*. 2005; Año 2(4). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n4/90articulo.php> (Consultado el 9 de Nov. de 2009).

-
- 602 Romero Ruiz, A.; Tronchoni de los Llanos, Javier; Torre Díaz, Santiago; Iñiguez Sánchez, C.; García García, R.; Ramírez Ramírez, G. Valoración cualitativa de las sugerencias realizadas por los usuarios de una consulta de tratamiento anticoagulante oral. *Enferm Docente -Esp-*. 2005; 81:34-36. Disponible en: <http://www.index-f.com/edocente/php/81-34.php> (Consultado el 19 de Nov. 2009).
- 603 Benedit Fernández, Julia; Egozcue Mediavilla, Dolores Julia; Agua Torres, Amaya; Arriaza Laborde, Eva; Salvador Iñigo, Carmen. Evaluación del seguimiento de los pacientes con anticoagulación oral desde Atención Primaria. *Pulso* 2011; 67:38-42. Disponible en: http://www.enfermerianavarra.com/fileadmin/documentos/revista/Pulso_67.pdf (Consultado el 19 de Nov. de 2010).
- 604 García Lara, Esteban; Caña Pérez, Ana; Orden García, Manuel; González Delgado, Antonio; García Criado, Emilio; Antón Murillo, María Dolores. ¿Controlamos e informamos bien a nuestros pacientes anti coagulado? *Evidentia*. 2006.; Año3 (7). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/216-2articulo.php> (Consultado el 19 Nov. de 2009).
- 605 Boza Reposo, Concepción; Gilabert Gálvez, Isabel; Gómez Rodríguez, Susana; Morales Rosa, M^a Rosa; Márquez Perera, Sebastián; Galán Sánchez, Juan. Evaluación del programa de descentralización del tratamiento anticoagulante oral (TAO). Resumen de Comunicaciones. IV congreso ASANEC. Asociación andaluza de enfermería comunitaria. Atención a la dependencia en el espacio comunitario. *Evidentia* 2006; 3(7). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/216-1articulo.php> [ISSN: 1697-638X] (Consultado el 12 de Nov. de 2009).
- 606 Sánchez Robles, R.; Pérez Pérez, R.; Muñoz Ruiz, P.J; Pozuelo Galán, E.; Vida González, M. ITAO: Implantación del Tratamiento Anticoagulante Oral Descentralizado en pacientes crónicos con inteligencia artificial. *Rev. Paraninfo Digital*. 2007; Año 1(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n2/061.php> (Consultado el 12 de Nov. de 2009).
- 607 Vázquez Hachero, Gabriel; Palanco González, Eva M^a; Ponce Domínguez, Juana; Quintero Leandro, Manuela; Rodrigo Mata, M^a Teresa; Gómez Ponce, Francisco. Calidad de vida en pacientes que reciben tratamiento con anticoagulantes orales en Atención Primaria. *Enferm Comunitaria Gran*. 2007; 3(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/comunitaria/v3n2/ec6593.php> (Consultado el 12 de Nov. de 2009).
- 608 Fernández Hernández, M.J; & Ibáñez Pérez, F. Hábito y actitud respecto al tabaco en enfermería de Atención Primaria de Bilbao. *Enfermería Clínica* 2005; 15(3), 156-162.
- 609 Pino, Benito del. Atención de enfermería frente al tabaquismo en Atención Primaria de salud. *Deshabitación tabáquica. Enferm Facultativa -Esp-*. 2006 feb.; 93:16-17.
- 610 Rodríguez Cuetos, ME. Apoyo y seguimiento en el abandono tabáquico desde una consulta de enfermería en Atención Primaria. *Educare21 -Esp-*. 2006 mar; 24.
- 611 Cerón Márquez, V. J. Intervención enfermera frente al tabaquismo. *Metas De Enfermería* 2006; 9: 27-32.
- 612 Ledo García, Julia; Rivera Bosch, Gemma; Fernández Aguado, Carmen; Valdivieso López, Amparo. Efectividad de una consulta de enfermería para la deshabituación tabáquica. *Enferm Comunitaria (Gran)*. 2006; 2(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/comunitaria/v2n1/a24-29.php> (Consultado el 12 de Nov. de 2009).
- 613 Ruiz Mariscal, Emilia; Rodrigo Durán, Cristina; González Carrión, Begoña; Parellada Esquius, Neus. Evaluación del programa de enfermería de deshabituación tabáquica. *Metas Enferm*. 2006; 8(10):51-55.
- 614 Méndez-Aguirre, M.; García Bonías, D.; Parra Horra, LL; Martínez Pallí, L.; Dalfó-Pibernat, A. Efectividad de un programa de deshabituación tabáquica en Atención Primaria. *Rev. Paraninfo Digital*. 2007; Año 1(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n2/175.php> (Consultado el 19 de Nov. de 2010).
- 615 Pericàs Beltrán, Jordi; Girauta Reus, Helena; Bennasar Veny, Miguel; González Torrente, Susana. Intervención enfermera de deshabituación tabáquica en Atención Primaria. *Metas Enferm*. 2007; 10(5):20-24.
- 616 Pericàs Beltrán, Jordi; Bennasar Veny, Miguel; González Torrente, Susana; Seguí González, Priscila; De Pedro Gómez, Joan Ernesto. Tabaquismo en enfermeras de Atención Primaria: Factores que influyen en su inicio y mantenimiento. *Índex Enferm*. 2009.; 18(1):23-27.
- 617 Núñez Sánchez, D.; Rodríguez Pereira, M.; Forján Lozano, E.; García Prat, M.C; Ramírez López, Juan. Programa de Tratamiento de Deshabituación de Opiáceos en un Distrito de Atención Primaria. *Evidentia*. 2006; Año 3. Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/216-2articulo.php> [ISSN: 1697-638X] (Consultado el 19 de Nov. de 2010).

-
- 618 Rey C. González, M.P; Olesti Ribes, A.; Poblet, C.; Rius, B. ¿Es la población inmigrante más demandante de servicios sanitarios que la población autóctona? Rev. Paraninfo Digital. 2007; Año 1(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n2/089.php> (Consultado el 18 de Nov. de 2010).
- 619 Vallejo De la Hoz, Gorka; Rodríguez Álvarez, Elena; Lanborena Elordui, Nerea; Moreno Márquez, Gorka. Calidad de Vida relacionada con la Salud, Inmigración y Enfermería Comunitaria. *Enferm Comunitaria (Gran)*. 2010 6(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/comunitaria/v6n2/ec7341.php> (Consultado el 13 de Nov. de 2010).
- 620 Cid Calo, Gema; Gómez Morales, Luisa; Porras Morales, Teresa; Antón Calvo, M Jesús; Vázquez Hernández, M Dolores; Buedo Hortelano, Brenda. ¿Cómo perciben su salud los inmigrantes de Toledo? *Enferm Comunitaria (Gran)*. 2005; 1(1). Disponible en: http://www.index-f.com/comunitaria/1revista/1_articulo_24-28.php (Consultado el 9 de Nov. de 2009).
- 621 Miguel Gil, Beatriz; Pérez Romero, Nieves; Masvidal Aliberch, Rosa M.; Frutos Gallego, Elisa de; Raurich Bottifler, Felipe; Costa Ramoneda, Teresa. Valoración del estado vacunal de la población pediátrica inmigrante a su llegada a un área básica de salud de Barcelona y a los 12 meses. *Enferm Clínica*. 2006; 16(6):314-320.
- 622 Adalid Ortega, Alejandra; García García, María Belén; Alarcón Leiva, María del Carmen. Superando barreras de comunicación. Rev. Paraninfo Digital 2008 Año 2(3). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/p046.php> (Consultado el 18 de Nov. de 2010).
- 623 González Arroyo, Antonio Alberto; Macías García, Jaime. Maltrato doméstico: Plan de Cuidados de Enfermería. *Nure Inv*. 2006j; 3 (23).
- 624 Ortega Fraile, Inmaculada; Río Ruiz, Josefa; Villalobos Bravo, Mercedes; Martín Carretero, Mª Luisa; Burgos Varo, Mª Luz; Muñoz Cobos, Francisca; Carrasco Rodríguez, Amalia. Relatos biográficos de mujeres víctimas de violencia de género. Resultados preliminares. Rev. Paraninfo Digital. 2007; Año 1(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n2/148.php> (Consultado el 19 de Nov. de 2010).
- 625 Campos Rico, A.; Elvira Cuevas, A.; Rey Becerra, Y.; Zafra Luque. Vivir la sexualidad con esclerosis múltiple y vejiga neurógena: a propósito de un caso *Enfuro* 2011; 120:23-26. Disponible en: <http://www.enfuro.es/revistas.html> (Consultado el 12 de Dic. de 2010).
- 626 López Juan, G.; Abejón Escribano, R.; Peidró Martín, P.; Lombó Vega, A.; Honrubia Pérez, M. Estudio sobre la formación en sexualidad de los profesionales de enfermería y la Atención Primaria de la ciudad de Barcelona (Estudi sobre la formació en sexualitat del professionals d'infermeria al l'atenció primaria de Barcelona ciutat). *AgInf*. 2005; 9(1):742-745.
- 627 Raya Tena, A. Enuresis primaria en niños. *Revista Rol De Enfermería* 2006; 29: 756-760.
- 628 Leyva Moral, J. M. Homosexual y adolescente. Una visión holística desde Atención Primaria de salud. red. *ROL enfermo*. Rev. *ROL Enferm*. 2006; 29 (9): 11-16.
- 629 García Vega, Eva María; Puigvert Viu, Nuria. Infecciones de transmisión sexual. Existencia de una red comunitaria, Rev. *ROL Enferm* 2010; 33(4):282-286.
- 630 Rodríguez Castilla, Francisco; Ramos Morcillos, Antonio Jesús; Fernández Salazar, Serafín. Infecciones de transmisión sexual. *Metas Enferm*. 2009; 12(5):50-55.
- 631 Ibiricu Barro, Ángeles; Bueno Domínguez, Mª José; Vallejo García, Esperanza; Celma Moya, Francisca. Seguridad clínica en enfermería: análisis de puntos críticos en administración de fármacos. *Metas Enferm*. 2007; 10(7):20-24.
- 632 Rodríguez Muñiz, Rosa María; Orta González, Manuel Alberto; Amashta Nieto, Layla. Administración subcutánea de Metrotexato en Atención Primaria. *Enferm Comunitaria (Gran)*. 2007; 3(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/comunitaria/v3n1/ec6532.php> (Consultado el 20 de Nov. de 2010).
- 633 Fernández Urrusuno, Rocío; Gavilán Lara, Ana; Espinosa Bosch, María; Cruces Jiménez, José Miguel; Beltrán Calvo, Carmen; Montero Balosa, Mª Carmen. Errores vacunales y situaciones que pueden conducir a errores en Atención Primaria de salud. *Metas Enferm*. 2009; 12(7): 28-32.
- 634 Zapata-Sampedro, Marco A.; García-Fuente, Sandra; Jiménez-Gil, Ana. Manejo de la inmunoterapia en Atención Primaria. *Enferm Comunitaria (Gran)*. 2007; 3(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/comunitaria/v3n1/ec6490.php> (Consultado el 20 de Nov. de 2010).

635 Zapata Sampedro, Marco Antonio; Castro Varela, Laura; Benítez Fuentes, Elena. Nuevas pautas de vacunación antitetánica en adultos. *Enfermería Comunitaria (Rev. digital)* 2011, 7(2). Disponible en: </comunitaria/v7n2/ec7810.php> (Consultado el 12 de Nov. de 2012).

636 Poley Guerra, Alfredo Jesús; Pérez Galán, Ricardo José; García Velázquez, María del Castillo. El shock anafiláctico en el ámbito extra hospitalario. *Educare21 -Esp-*. 2009 ene; 52:1-6.

637 Cominero Belda, Alicia; Velázquez Salas, Antonio. Variabilidad de uso y costes de los apósitos especiales para el tratamiento de las heridas crónicas en el Distrito Sanitario Sevilla Sur. *Evidentia*. 2008; Año 5(21). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n21/462articulo.php> [ISSN: 1697-638X] (Consultado el 20 de Nov. de 2010).

638 Ledo García M.J.; Vallés Fernández R.; Lecha Areny R.; Olivares Correas I.; Muñoz Frías M.; Bosch Bella J.L et al. ¿Se consumen todos los medicamentos que se prescriben? *Metas de Enferm* 2006; 7:28-32.

639 Ponce González, José M^a. Los cuidados al final de la vida. *Enferm Comunitaria (Gran)*. 2006 n; 2(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/comunitaria/v2n1/a38-42.php> (Consultado el 20 de Nov. de 2010).

640 Silvano Arranz, Agustina; Fernández Lao, Isabel Necesidades sentidas desde la perspectiva del paciente oncológico en el ámbito domiciliario. *Biblioteca Lascasas* 2010; 6(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0521.php> (Consultado el 20 de Nov. de 2010).

641 Pedrosa, Nora; Albiz, Maribel de; Roa, Rosa. Utilización del reservatorio subcutáneo en Atención Primaria. *Oiñarri*. 2007 dic.; (53):22-27.

642 Palomar Gallardo, Cinta; Merino Navarro, Dolores; González Rodríguez, Angustias; Arana Álvarez, Raquel. Taller de Bioenergética: La promoción del bienestar de personas enfermas y familiares en el contexto de un proyecto de intervención comunitaria. *Rev. Paraninfo digital* 2008; 2(3). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/p064.php> (Consultado 13 de Nov. de 2012).

643 Solís Carpintero, Leticia. El duelo en la consulta de Enfermería. *Educare21 -Esp-*. 2008; 46.

644 Dorado Siles, M^a Inmaculada; Alonso Cuesta, Rosario; Herrera Suárez, M^a Carmen; Aragón Puertas, Margarita; Cabral Herrera, Paloma. La prevención del diagnóstico enfermero. Duelo Disfuncional desde la Atención Primaria. *Rev. Paraninfo Digital*, 2008; 3. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/p089.php> (Consultado el 12 de Nov. de 2012).

645 Vázquez Merino, Antonio Miguel. Duelo disfuncional inhibido como diagnóstico diferencial enfermero en problemas de Afrontamiento. *Enferm Comunitaria (Gran)* 2008; 4(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/comunitaria/v4n2/ec6731.php> (Consultado el 12 d Nov. de 2012).

646 Navarro Arbona, Miriam. La importancia de la Atención Primaria en el proceso del duelo. *Educare21 -Esp-*. 2009 ene; 52:1-7.

647 Carrera García, E.; Ávila Fernández, R.; Galera De Ulierte, L.; Jara Carrascosa, J.M; Piedra Lara, J.D; Robledillo Rosa, A. Propuesta del programa para el soporte desde Atención Primaria del duelo perinatal a la madre y la familia. En: Carmona Samper, Esther y Fernández Sola, Cayetano. III Congreso Nacional de Enfermería del Mediterráneo. Nacimiento y muerte. Reflexiones y cuidados (Almería, 15, 16 y 17 de Noviembre 2007). Almería: Departamento de Enfermería y Fisioterapia, Universidad de Almería, 2007. Comunicación. CAJA 30, Nº 19 [CD-ROM].

648 González Cano-Caballero, María; Cano-Caballero Gálvez, María Dolores; Celma Vicente, Matilde; López Morales, Manuel; Rodríguez López, M^a Ascensión; Heierle Valero, Cristina. Las enfermeras de Atención Primaria y su relación con los pacientes de salud mental. *Rev.* 2011; Año V (14). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n14/003r.php> (Consultado el 13 de Junio de 2012).

649 Amundarain Lejarza M.M. Una sonrisa especial. *Arch. Memoria [En línea]* 2008; (5 fasc. 1). Disponible en: <<http://www.index-f.com/memoria/5/n10801.phpp>> (Consultado el 13 de Junio de 2012).

650 Brito Brito, Pedro Ruymán; Sicilia Sánchez, Rodolfo. Registro de casos de exitus en las historias de salud de Atención Primaria. *Tánatos*. 2005 dic.; (7):30-34.

651 Casanova Carrillo, Carlos; Casanova Carrillo, Pedro. El control comunitario de los pacientes con el VIH. Papel e importancia de la labor de enfermería. *Índex Enferm (Gran)*. 2006 invierno; Año XV (55):34-37. Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/55/6144.php> (Consultado el 10 Nov. de 2010).

652 Jiménez García, Juan Francisco; Abad García, María del Mar; Lafuente Robles, Nieves; Aguilera Manrique, Gabriel; Torra I Bou, Joan Enric; Peñafiel Escamez, María T. Estrategias nutricionales ante pacientes desnutridos en Atención Primaria. Resumen de

Comunicaciones. IV congreso ASANEC. Asociación andaluza de enfermería comunitaria. Atención a la dependencia en el espacio comunitario. Evidentia 2006 ene-feb.; 3(7). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/216-1articulo.php> [ISSN: 1697-638X] (Consultado el 12 de Nov. de 2012).

653 Silvano Arranz, Agustina; López González, M^a del Mar; Olea Martínez, Carmen; Martínez Lorenzo, Antonia; Fernández Lao, Isabel; Torres Alegre, Pilar. Efectividad de la intervención enfermera en el riesgo de caídas. Resumen de Comunicaciones. IV congreso ASANEC. Asociación andaluza de enfermería comunitaria. Atención a la dependencia en el espacio comunitario. Evidentia 2006 ene-feb.; 3(7). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/216-1articulo.php> [ISSN: 1697-638X] (Consultado el 12 de Nov. de 2012).

654 Torres Alegre, Pilar; García García, Purificación; Callejón Callejón, Ana; Hernández Blanes, Francisca; Martínez Matilla, Isabel. El Screening de Incontinencia Urinaria a la mujer en la consulta de enfermería: una necesidad evidente. Evidentia 2006.; Año 3(7). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/216-1articulo.php> (Consultado el 13 de Nov. de 2009).

655 Monleón Just, Manuela; Nieto García, Esther; Escalera Abad, Carmen; Carro de Blas, Berta; Lozano Ruiz, Alicia; Fernández Navarro, Francisco M. Participación Comunitaria para niños, personas mayores y profesionales de la enseñanza y la sanidad. Nure Inv. 2006; 3 (23).

656 Hernández Vián, Óscar; Moreno Ramos, Cristina; Sánchez García, Anna; López Gómez, M Josep; Ortiz Álvarez, Encarna; Balboa Blanco, Edel. Evaluación del programa de atención a personas mayores frágiles diagnosticadas de EPOC en los centros de atención primaria de Sabadell. Enferm Clínica. 2007; 17(3):109-116.

657 Goncet Cansino, M^a J; Roldán Guillena, R.; Rodríguez Vargas, R.; Gutiérrez Arana, M^aC. Consulta de TBC. Estudio de convivientes en Zona de Transformación Social. Rev. Paraninfo digital 2008 Año 2(3). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/p052.php> (Consultado el 13 de Nov. de 2009).

658 LLauradó E.; Payán M.; García D.; Méndez-Aguirre M.; Álvarez N.; Yrla R. Valoración del sueño en ancianos en un centro de Atención Primaria. Rev. Paraninfo Digital 2007; 2. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n2/143.php> (Consultado el 19 Nov. de 2010).

659 Gallí-Llàcer, Rosa; Sena-Fernández, Beatriz; Leyva Moral, Juan Manuel. Quemaduras. Nuevos retos que plantearse. Rev. ROL Enferm. 2009; 32(4):8-12.

660 Pardo Romero, María; Galindo Pelayo, Joaquín; Rojas Mesa, Juan Manuel; Suárez Sánchez, Dolores; Oliva Oliva, José Manuel; Palenzuela Andújar, Sonia. Estado de bienestar y gestión de análisis clínicos en consulta de enfermería Rev Paraninfo Digital 2011; Año V(14). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n14/pdf/130d.pdf> (Consultado el 12 y 13 de Nov. de 2009).

661 Martínez Gutiérrez, Cristina; Olivencia Varón, Raúl. Humanización de los cuidados pediátricos de enfermería en atención primaria. Rev. Paraninfo Digital, 2008; 4. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n4/p015.php> (Consultado el 12 de Nov. de 2012).

662 Tirado Pedregosa G. El adhesivo tisular es seguro en heridas de cortes sencillos para niños frente a sutura. Evidentia. 2007; 4(18). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n18/404articulo.php> [ISSN: 1697-638X] (Consultado el 12 de Nov. de 2010).

663 Tamame San Antonio, Marta; Moraleda Asensio, Sandra; Jiménez Rumí, M^a Trinidad; De la Torre Chavarri, Isabel. Uso de antisépticos en la cura umbilical en Atención Primaria. Metas Enferm. 2007 nov.; 10(9):27-31.

664 Peñuelas Carcavilla, María Cruz; Enjuto Gutiérrez, Belén; Cruz Argudo, Javier; Peñuelas Carcavilla, Raquel. Prevalencia de lactancia materna en Atención Primaria e influencia de factores socio sanitario y cultural. Metas Enferm. 2008; 11(7):14-17.

665 Rincón del Toro, Teresa; Piqué Prado, Eva; Gil Gómez, Ricardo. Prevalencia de sobrepeso, obesidad y alteración de la nutrición por exceso en población infantil de una zona básica de salud. Metas Enferm. 2009 oct.; 12(8):8-11.

666 Andrés Carreira, José M^a; Cirillo Ibarquien, Soraya; Ortiz Otero, Marina Rosa. Estudio transversal para la evaluación del Estado Nutricional en una consulta de Enfermería de Pediatría de Atención Primaria según los nuevos criterios de la OMS Nuberos Científica 2011 |; 1(4):12-22. Disponible en: http://www.enfermeriacantabria.com/web_enfermeriacantabria/docs/NC_4.pdf (Consultado el 12 de Nov. de 2011).

667 Griñán Soria, Fernando; Troyano Rivas, Teresa; Rodríguez Martínez, María del Mar; Serrano Muñoz, Pilar; Muñoz Guijo, Isabel; Manzano Martín, Elena; Prados Nieto, Luis. Extirpación de un dermatofibroma en el cuello en la consulta de enfermería de Atención Primaria. Nursing -Ed. es-. 2009 abr.; 27(4):50-53.

-
- 668 Griñán Soria, Fernando A.; Sierra Muñoz, Olga; Muñoz Guijo, Isabel; Martínez Casado, María Luisa; Barrasa Abadía, Felicidad; Serrano Muñoz, Pilar; Sánchez Morales, María. Reparación de desgarro completo del lóbulo de la oreja. *Nursing -Ed. Esp-*. 2008 oct.; 26(8):58-61.
- 669 Jiménez García, Juan Francisco; Abad García, María del Mar; Granados Alba, Alejandro; Ferre Pérez, Miguel Ángel; Cañadas Nuñez, Felipe; Lafuente Robles, Nieves. Talleres educativos para pacientes con úlceras en extremidades inferiores. *Nure Inv* 2006; 3 (24). Disponible en: http://www.fuden.es/ponencia_detalle.cfm?ID_PONENCIA=25&ID_PONENCIA_INI=1 (Consultado el 13 de Nov. de 2009).
- 670 Romero Collado, Ángel. Cuidados enfermeros a un paciente con una úlcera isquémica en la extremidad inferior. *Metas Enferm* 2010; 13(9): 16-20.
- 671 Moreno Gómez, Juan Andrés. Tratamiento de úlcera venosa en Atención Primaria. *Enfermería Comunitaria (Rev. digital)* 2010, 6(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/comunitaria/v6n1/ec7085.php> (Consultado el 5 de Febrero de 2013).
- 672 Muñoz Herrero, Maite; Bueno Bautista, Alicia. Medida del índice tobillo-brazo en las consultas de Enfermería de Atención Primaria *Metas Enferm* 2010;13(2):14-17
- 673 Soldevilla Agreda, José Javier; Torra i Bou, Joan-Enric; Verdú Soriano, José; López Casanova, Pablo. Tercer Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2009. *Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes*. *Gerokomos* 2011; 22(2):77-90. Disponible en: <http://www.drugfarma.com/spa/gerokomos/index.asp> (Consultado el 10 de Nov. de 2013).
- 674 Moreno Pina, Josefa Patricia; Richart Martínez, Miguel; Guiaro Goris, Josef Adolf; Duarte Climents, Gonzalo. Análisis de las escalas de valoración del riesgo de desarrollar una úlcera por presión. *Enferm Clínica* 2007; 17(4):186-197.
- 675 Heras Fortuny, R.; Morros Torné, C.; Álvarez Carrera, A.; Moix Manubens, I.; Sabria Martínez, I.; Santaaulàlia Potrony, L. Prevalencia de úlceras por presión en Atención Primaria en dos comarcas catalanas. *Enferm Clínica* 2006; 16(1), 35-38.
- 676 Ferrera, M.A.; Chacón, R.; Rodríguez, B.; Jiménez, J.F.; Estévez, M.L. Prevalencia de las UPP en los centros de Atención Primaria en la isla de Gran Canaria (España). *Referencia* 2007; II (4 Suplemento):232. Disponible en: <http://www.index-f.com/referencia/revista.php> (Consultado el 13 de Nov. de 2009).
- 677 Ustrell Olaria, Ana; Amorós-Miró, Gemma. Prevalencia de heridas de la piel en pacientes de atención domiciliar de 2 áreas básicas de salud de Barcelona: implicaciones en la práctica enfermera. *Enferm Clínica*. 2008; 18(5):232-238.
- 678 De Con Redondo, Juan y Martínez Cuervo, Fernando. Prevalencia de úlceras por presión en una zona básica de salud. *Gerokomos*. 2009; 20(2):92-97.
- 679 Gómez, José Miguel; García, Antonia; Cepeda, Olga; Elbaz, Simone; Milla, Lourdes; Gómez, Marina 'Señorita, cuánto va a durar esto'. Autoevaluación del paciente de las necesidades básicas de salud que pueden verse afectadas a causa de Deterioro Integridad Cutánea, atendidas en consulta de enfermería de Atención Primaria. *Rev. Evidentia* 2006; 3(7) Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/216-2articulo.php>. (Consultado el 18 Nov. de 2010).
- 680 Esparza Imas, Gonzalo; Berrade Zubiri, Edurne. Formación sobre úlceras de piel. Una actividad demandada por el personal de Enfermería. *Pulso* 2009; 57:44-45 (Consultado el 21 de Nov. de 2010).
- 681 Godoy Cano, José Andrés; Godoy Cano, Antonia; Nájera Ruiz, Antonia; Martín Sánchez, M^a Carmen. Trabajando unidos en promoción de salud y prevención de escaras. *Rev. Paraninfo digital* 2008; Año 2(3). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/p143.php> (Consultado el 13 de Nov. de 2009).
- 682 Domínguez Rodríguez, M^a Carmen; Trujillo González, José Miguel; González Méndez, Tomás. Úlceras por presión; ¿y ahora, qué apósito utilizo? *Nure Inv* 2006; 3(22). Disponible en: http://www.nureinvestigacion.es/protocolos_detalle.cfm?ID_PROTOCOLO=73&ID_PROTOCOLO_INI=1 (Consultado el 13 de Nov. de 2009).
- 683 Herrezuelo Periañez, M.J.; López, Begoña; Ruiz Algorta, M.A.; Álvarez García, C.; Ortiz Castro, R.; Romero García, M. Modelo de Implantación de una Guía de Práctica Clínica en un distrito de Atención Primaria. *Rev Paraninfo digital* 2008; Año 2(3). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/p160.php> (Consultado el 10 de Feb. de 2013).
- 684 Pancorbo Hidalgo, P.; García Fernández, F.; López Medina, I.; & López Ortega, J. Protocolos y documentación de los cuidados de prevención y tratamiento de las úlceras por presión: Análisis de la situación en Andalucía. *Gerokomos. Revista De La Sociedad Española De Enfermería Geriátrica y Gerontológica* 2005; 16:219-228.

-
- 685 Segovia Gómez, T.; Javares Curto, T.; Barahona, M.; Verdú Soriano, J. Cuidados en piel perilesional o con riesgo de lesión. Resultados de la aplicación de una emulsión de ácidos grasos hiperoxigenados con aloe barbadensis y mimosa teniflora (MEPENTOL LECHE). Rev. ROL Enferm 2007; 30(10):683-688.
- 686 Morales Gómez, Isabel M^a. Heridas crónicas. Agentes tópicos. Enfermería de C. Real.2010; 58:20. Disponible en: http://www.enfermeriadeciudadreal.com/papel_digital.asp?idpapel=58 (Consultado el 12 de Nov. de 2012).
- 687 Morales Gómez Cambroner, Isabel M^a. Heridas crónicas. El día a día, sin dudas. Enfermería de C. Real. 2010; 57:28-29. Disponible en: http://www.enfermeriadeciudadreal.com/papel_digital.asp?idpapel=57 (Consultado el 12 de Nov. de 2012).
- 688 Zapata Sampedro, Marco Antonio; Castro Varela, Laura. Caso clínico. Lesiones por humedad. Enferm Clínica 2009; 19(4): 225-230.
- 689 Zapata Sampedro Marco A.; Castro Varela, Laura. Lesiones mixtas por humedad y presión. Educare 21 2010; 70.
- 690 Galindo Sancho, Manuel; Castro Varela, Laura; Zapata Sampedro, Marco Antonio. Úlceras por presión en talones: un abordaje multifactorial. Caso clínico. Educare21 -Esp- 2010; 62. Disponible en: http://www.enfermeria21.com/publicaciones/educare/archivo-de-revistas.html?idArticulo=62023&task=verArticulo&anyo=2010&numPublica=4&numRevista=62&id_menu=20.
- 691 Chaverri, Carmen; Lordán, M^a Goretti; Aguerri, M^a Ángel; Calderón, Pilar; Manchús, Ana. Abordaje de las úlceras infectadas: Evolución Histórica. Rev. Paraninfo Digital 2008; II (5). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n5/p108.php> (Consultado el 13 de Nov. de 2009).
- 692 Verdú Soriano, José; Nolasco Bonmartí, Andreu. Estudio "ALEA". Tratamiento de heridas crónicas infectadas mediante la aplicación de apósitos de plata nanocristalina combinados con apósitos hidrocelulares. Rev. ROL Enferm 2010; 33(10):6-14.
- 693 Cominero Belda, Alicia; Velázquez Salas, Antonio. Variabilidad de uso y costes de los apósitos especiales para el tratamiento de las heridas crónicas en el Distrito Sanitario Sevilla Sur Evidentia 2008; Año 5(21) .Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n21/462articulo.php> (Consultado el 13 de Nov. de 2009).
- 694 Gálvez Romero, C.; González Valentín, A.; Vizcaíno Ruiz, V.M. "Perfil, estado de salud y utilización de recursos sanitarios de cuidadoras de ancianos incluidos en Programa de Incapacitados. ZBS Rincón de la Victoria". Proyecto financiado por el SAS, Expte: 145/02. Resumen de Comunicaciones. IV congreso ASANEC. Asociación andaluza de enfermería comunitaria. Atención a la dependencia en el espacio comunitario. Evidentia 2006.; 3(7). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/216-1articulo.php> [ISSN: 1697-638X] (Consultado el 10 de Nov. de 2009).
- 695 Lozano Padilla, Carmen. Estudio de la sobrecarga de los cuidadores domiciliarios. Resumen de Comunicaciones. IV congreso ASANEC. Asociación andaluza de enfermería comunitaria. Atención a la dependencia en el espacio comunitario. Evidentia 2006.; 3(7). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/216-1articulo.php> [ISSN: 1697-638X] (Consultado el 10 de Nov. de 2009).
- 696 Navarro Monzón, M^a Amparo; González Jódar, Nicolás; Ramos, José Juan; Montagut Mondejar, Juan Pedro. El perfil de la Red Informa de cuidados en el Distrito Levante Alto Almanzora Resumen de Comunicaciones. IV congreso ASANEC. Asociación andaluza de enfermería comunitaria. Atención a la dependencia en el espacio comunitario. Evidentia 2006; 3(7). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/216-1articulo.php> [ISSN: 1697-638X]. (Consultado el 10 de Nov. de 2009)
- 697 Delicado Useros, María Victoria; Alcarria Rozalén, Antonio; Ortega Martínez, Carmen; Alfaro Espín, Antonia; García Alcaraz, Francisco; Candel Parra, Eduardo. Autoestima apoyo familiar y social en cuidadores familiares de personas dependientes. Metas Enferm- 2010-2011 13(10):26-32.
- 698 Gamarra Lousa, Marta; Fernández Araque, Ana M^a; Gutiérrez Pérez, Sonia; Saavedra Martos, Rocío; Rodríguez García, Mónica; Gistau López, M^a Ángeles. Perfil del cuidador en el Área de Salud de Soria: necesidades detectadas para el mantenimiento de su salud. Biblioteca Lascasas, 2010; 6(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0542.php> (Consultado el 12 de Marzo de 2011).
- 699 Martínez Nieto, José Manuel; Castilla Romero, María Luisa; Soto Bueno, Antonia; Rivero Galán, Mercedes; Arias Velarde, Lucía; Fernández Rodríguez, Jesús. Factores condicionantes de la sobrecarga del cuidador de personas inmovilizadas en El Puerto de Santa María Resumen de Comunicaciones. IV congreso ASANEC. Asociación andaluza de enfermería comunitaria. Atención a la dependencia en el espacio comunitario. Evidentia 2006; 3(7). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/216-1articulo.php> [ISSN: 1697-638X] (Consultado el 10 de Nov. de 2009).

-
- 700 Serrano Rodríguez, Adoración; Baena Domínguez, Ana María; León Cruz, María José; Aguilar Serrano, Alicia. Cuidemos a nuestros cuidadores. Rev. Paraninfo digital. 2008 Año2 (3). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/p133.php> (Consultado el 13 de Nov. de 2009).
- 701 Ocaña Moreno, M.L; Araujo Bueno, M.L; Sánchez Rodríguez, R; Gómez López, A; Díaz Martino, J. Proyecto para facilitar y formar en cuidados domiciliarios a cuidadoras formales en Zona Básica de Algeciras. Rev. Paraninfo Digital, 2008; 3. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/p147.php> (Consultado el 12 de Nov. de 2011).
- 702 Serrano Molina, Lucía; Nieto Blanco, Esther; Moriano Béjar, Purificación; Vicente del Hoyo, Mónica; Montero Martín, Susana; Moreno Torrecillas, Eva Mª; Dávila Álvarez, Victoria. Análisis de las necesidades y expectativas de pacientes, cuidadores familiares y cuidadores contratados en el servicio de visita domiciliaria en Atención Primaria. Enfermería Comunitaria (Rev. digital) 2011, 7(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/comunitaria/v7n1/ec7287.php> (Consultado el 12 de Nov. de 2012).
- 703 Pelayo Bando, Salud; Alcaide Amorós, Rosa; Bueno Ferrán, Mercedes; Gaspar Navarro, Olga; González Jiménez, Alberto; López Rodríguez, Luis. Cuidando a pacientes de Alzheimer: la visión de las cuidadoras. Biblioteca Lascasas, 2011; 7(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0573.php> (Consultado el 12 de Nov. de 2012).
- 704 Leyva Moral, J.M; Mogeda Marina, N. Necesidades psicosociales del cuidador informal. Rev. ROL Enferm. 2008 mar; 31(3):196-199.
- 705 Hortelano Rodríguez, Pastora; Zapata Sampedro, Marco Antonio. Atención al cuidador informal. Caso clínico. Hygia de enfermería. 2009; XVI (71):57-64.
- 706 Ferré Grau, Carme; Rodero Sánchez, Virtudes; Vives Relats, Carme; Cid Buera, Dolors; Aparicio Casals, Mª Rosa; Boque Cavallé, Montse. La complejidad de los cuidados familiares. Una mirada desde la Teoría de la Incertidumbre. Enfermería Comunitaria (Rev. digital) 2010, 6(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/comunitaria/v6n1/ec7116.php> (Consultado el 12 de Marzo de 2011).
- 707Orta González, Manuel Alberto; Rodríguez Muñiz, Rosa María; Prieto Tinoco, Juan. Atención al cuidador/a principal desde Atención Primaria de Salud. Metas enfermería 200710 (6) 18-22 0458.
- 708 Gálvez Ramírez, Felisa; Gálvez Ramírez, Elodia; Dumont Lupiáñez, José Mª; Carrasco Herrero, Inmaculada; Morilla Torres, Auxiliadora; García García, Pilar Mª; Ardilla Romero. Cuídate y cuidarás mejor. Resumen de Comunicaciones. IV congreso ASANEC. Asociación andaluza de enfermería comunitaria. Atención a la dependencia en el espacio comunitario. Evidentia 2006.; 3(7). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/216-1articulo.php> [ISSN: 1697-638X]. Consultado el 10 de Nov. de 2009
- 709 Navarro Maestre, Esther. ¿Quién cuida al que cuida? Metas Enferm. 2008; 11(2):21-25.
- 710 Fernández Lao, Isabel; Silvano Arranz, Agustina. Perfil, valores y creencias de inmigrantes cuidadores de personas dependientes en domicilio. Biblioteca Lascasas, 2010; 6(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0525.php> (Consultado el 12 de Marzo de 2011).
- 711 Villalobos Gámez, G.; Morales Márquez, A.M; Cárdenas Gámez, E.; Pacheco López, I.M; Gámez Gutiérrez, D.; Nava del Val, M.A. Calidad de vida de las cuidadoras formales inmigrantes de la Zona Básica de Salud de Marbella. Rev. Paraninfo Digital, 2008; 3. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/o032.php> (Consultado el 12 de Nov. de 2011).
- 712 Gutiérrez Marín, María José; Lirola Criado, Mercedes; Martín Almenta, Rocío; Ramírez Zambrana, Cristina; Zavala Loayza, Susam Karen. ¿Cómo están abordando las enfermeras de atención primaria la promoción de salud de las cuidadoras inmigrantes? Rev. Paraninfo Digital 2008; Año 2(3) Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/p053.php> (Consultado el 18 de Nov. de 2009).
- 713 Ramos Cano, Ana; Ríos Ruiz, Mª Victoria; López Campos, Paulino; Nuevo Abalos, Jesús; Alarcón Morales, Salvador; Castillo Bonilla, José Damián. Percepción de las cuidadoras de enfermos terminales, tras el duelo, sobre la accesibilidad y competencia profesional enfermera. Rev. Paraninfo Digital, 2007; 2. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n2/154.php> (Consultado el 12 de Nov. de 2009).
- 714 García Giner, Bárbara Pilar; Alonso Gallegos, Adela; Sabater Oliva, María; Espinosa Escrig, Marta; Poveda Arenas, Paloma; De Lizaur Gutiérrez, Sofía; Sabater Oliva, Irene. Aportación enfermera en las preventivas del adulto. En: XI Jornadas de enfermería sobre trabajos científicos. Retos ante las nuevas demandas (Alicante, 18 y 19 Noviembre 2005). Alicante: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana, 2005. PP. 233-245.
- 715 Díaz Sánchez, Verónica. Actividades preventivas a examen: nuevos debates en enfermería comunitaria. Metas Enferm. 2005; 8(9):24-28.

-
- 716 Orta González, Manuel; Rodríguez Muñiz, Rosa María; Prieto Tinoco, Juan. Educación para la salud desde Atención Primaria. *Rev. ROL Enferm.* 2007; 30(4):15-17.
- 717 De Cabo Laso, A.; Gamarra Lousa, M.; Mediavilla Marcos, M.E; Guzmán Fernández, M.A; Sánchez Gómez, M.B; Duarte Clíments, G. Cambiar hábitos: ¿EpS individual o grupal? *Evidentia.* 2009; 6(27). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n27/ev2759.php> (Consultado el 13 de Dic. de 2010).
- 718 Vázquez-Morales, Andrea; Sanz-Valero, Javier. Promoción de la salud en ancianos. Intervenciones en personas mayores de 65 años. *Rev. rol* 2011; 34(11):16-24.
- 719 Puig-Girbau, M. Nuria; Lladó-Blanch, M. Magdalena; Seco-Salcedo, M. Carmen; Gómez-Saldaña, Ana; Medina-Peralta, Manuel; Riera-Torres, Roser; Pera, Guillem. Evaluación de una intervención educativa grupal en el control de pacientes con riesgo cardiovascular *Enferm Clínica* 2011; 21(5):238-247.
- 720 Melia Beigbeder, Cecilia; Planelles Fernández, José Bernardo. Estudio experimental de intervención mediante un programa de ejercicio físico aeróbico dirigido y controlado por enfermeros. La enfermería de Atención Primaria interviene activamente en la reducción del riesgo cardiovascular y en la mejora de la calidad de vida de los usuarios. En: XI Jornadas de enfermería sobre trabajos científicos. Retos ante las nuevas demandas (Alicante, 18 y 19 Noviembre 2005). Alicante: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana, 2005. Pp. 179-195.
- 721 Martínez Sánchez, Encarna; Jiménez Rodríguez, Diana; Morales Moreno, Isabel; Hernández Martínez, Elia. Programa de habilidades sociales para mujeres: Evaluación de la intervención de enfermería *Rev Paraninfo Digital* 2007 | Año 1(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n2/071.php> (Consultado el 13 de Nov. de 2010).
- 722 Pastor López, Ángeles; Jabalera Ramírez, Montserrat; Luna Morales, Silvia. Experiencia del trabajo grupal en una zona de transformación social. *Rev Paraninfo Digital* 2011. Disponible en: www.index-f.com/para/n11-12/132d.php (Consultado el 13 de Oct. del 2012).
- 723 Chorén Freire, M^a Jesús; Campo Vázquez, Felicitas; Díaz Ortiz, M^a Ángeles; Campo Vázquez, Concepción; Cascón García, Miguel. Modifican los estilos de vida no saludables *Evidentia.* III Reunión sobre Enfermería basada en la Evidencia. Cuando las Evidencias cambian la Práctica de los Cuidados. *Evidentia* 2005; 2(4). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n4/90articulo.php> [ISSN: 1697-638X] (Consultado el 20 de Dic. de 2010).
- 724 Chorén Freire, M^a Jesús; Campo Vázquez, Felicitas; Díaz Ortiz, M. Ángeles; Campo Vázquez, Concepción; Cascón García, Miguel. Cómo influye el consejo dietético *Evidentia.* 2005; Año 2(4). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n4/90articulo.php> [ISSN: 1697-638X] (Consultado el 20 de Dic. de 2010).
- 725 Cuevas Moreno, María José. Educación Sanitaria en una mujer que debutó con Diabetes tipo2. *Enferm Comunitaria(Gran)*2008; 4 (2). Disponible en: <http://www.index-f.com/comunitaria/v4n2/ec6710.php> (Consultado el 12 de Mar. de 2012).
- 726 Sarrió, A. [Fibromialgia en Atención Primaria. El papel de la educación sanitaria de enfermería]. *Fibromialgia en atención primaria. Paper de l'educació sanitària en enfermería. Enferm Integral.* 2005; 70:39-42.
- 727 Góngora Maldonado, Francisco; Moreno Almendro, Raquel; Tello Bernabé, María Eugenia. ¿Debemos recomendar el consumo de alimentos enriquecidos con esteroides y estanoles vegetales en la consulta de enfermería? *Rev. Paraninfo Digital.* 2008;(5). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n5/o007.php> (Consultado el 13 de Dic. de 2010).
- 728 Romaguera Bosch, M.; Antón Álvarez, J.; Durán Bellido, E.; Heras Tebar, A.; Peña Chimenis, O.; Serrat Sesé, A. Prescripción de ejercicio físico. *Revista Rol De Enfermería* 2006; 29, 264-270.
- 729 Caussignac Querol M.; Comas i Picañol A.; López Méndez M.I. Intervención en el estreñimiento en Atención Primaria de Salud. *Metas de Enferm* 2006; 9(7): 23-26.
- 730 Barrio Cantalejo, Inés María; Simón Lorda, Pablo; Carmona Rega, Inés; Escalona Labella, Isabel; Molina Ruiz, Adoración; Ayudarte Larios, María Luisa. Opinión de los pacientes sobre la legibilidad de los folletos de Educación para la Salud. *Índex Enferm.* 2008; 17(4):236-240.
- 731 Gómez Sánchez, R.; Gómez Ruiz, M.; Rodríguez Mondéjar, J.J; Sánchez Pérez, J.A. Enfermería: educadora de salud de diabéticos. *Rev. Paraninfo Digital.* 2007; Año 1(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n2/005.php> (Consultado el 12 de Dic. de 2010).

732 González Marcos, María; Perpinyà, Dolors, Mir; Santi, Casellas, Pilar; Melció, Dolors; García, María Teresa. Efectividad de un programa de educación grupal estructurada en personas con diabetes Mellitus tipo 2. *Enferm Clínica*. 2005; 15(3):141-146.

733 Cerrillo Patiño, José Rodrigo. La educación grupal a pacientes diabéticos tipo 2 mejora los conocimientos de la enfermedad, el control metabólico y factores de riesgo cardiovascular [Dalmau Llorca M.R; García Bernal G.; Aguilar Martín C.; Palau Galindo A. Educación grupal frente a individual en pacientes diabéticos tipo 2. *Aten Primaria* 2003; 32(1):36-41.]. *Evidentia*. 2006; Año 3(12). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n12/271articulo.php>(Consultado el 12 de Nov. de 2009).

734 Cerrillo Patiño, José Rodrigo. ¿Tiene efectos positivos la educación para la salud grupal de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, hecha por enfermeras y enfermeros? *Evidentia*. 2006; Año 3(12). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n12/273articulo.php> (Consultado el 12 de Nov. de 2009).

735 Cerrillo Patiño, José Rodrigo. Es eficaz un programa de educación grupal estructurado en pacientes con diabetes Mellitus tipo 2 realizado por enfermeras para aumentar los conocimientos sobre su enfermedad y mejorar el control metabólico? *Evidentia* 2006; 3(12). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n12/272articulo.php> (Consultado el 20 de Nov. de 2010).

736 Lordán Ibarz, Goretti; Monclús Muro, Ana; Calderón Grau, Pilar; Aguerri Martínez, M Ángel; Chaverri Alamán, Carmen. Educación Sanitaria a cargo de Enfermería: influencia en la calidad de vida del paciente diabético. *Rev. Paraninfo Digital*. 2008; II (5). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n5/p118.php> (Consultado el 12 de Nov. de 2010).

737 Jimena Pérez, J.; Ramos Morcillo, A.J; Cantón Ponce, M. Orientación a resultados de la educación dialectológica grupal (diabetes Mellitus tipo 2) en el Distrito Sanitario Jaén Norte. *Rev Paraninfo digital* 2008; Año 2(3). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/p093.php> (Consultado el 12 de Dic. de 2010).

738 Ponce González, José María; Muñoz Gallardo, María José; Bohórquez Jiménez, Beatriz. Efectividad en la educación diabetológica grupal. *Enferm Comunitaria (Gran)* 2009;5(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/comunitaria/v5n2/ec7052.php> (Consultado el 12 de Junio de 2012).

739 Núñez Feria R. ¿Mejora el manejo del régimen terapéutico y el control metabólico de los diabéticos tipo II que acuden a talleres de educación sanitaria grupal? *Evidentia* 2006; 3(12). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n12/277articulo.php> [ISSN: 1697-638X] (Consultado el 13 de Feb. de 2013).

740 Márquez Macías, María Pilar; Cantalejo Martín, Almudena; Fernández Sánchez, Silvia; García Hernández, María Nieves; García Martín, Rosa María; Laguna Peláez, Candelas y Llorente Castronuevo, María Jesús. Prevención de la diabetes tipo 2 a través de un programa estandarizado de Educación para la Salud en Atención Primaria. *Metas Enferm*. 2009; 12(5):58-63.

741 Campos Gómez, Manuel Alejandro; Barroso Vázquez, Rosario; Gutiérrez Nieto, Aurora; Espallargas Moya, Carmen; López-Obregón Silvestre, Ana; Álvarez Franco, Dolores. Taller para la prevención de complicaciones en el pie diabético en atención primaria *Hygia de Enfermería* 2011.XVII (76):42-46. Disponible en: <http://www.colegioenfermeriasevilla.es/Publicaciones/Hygia/Hygia76.pdf> (Consultado el 13 de Nov. de 2009).

742 Ramón-Cabot, Joana; Fernández-Trujillo, Montserrat; Forcada-Vega, Carme; Pera-Blanco, Guillem. Efectividad a medio plazo de una intervención educativa grupal dirigida al cuidado de los pies en pacientes con diabetes tipo 2. *Enferm Clínica*. 2008; 18(6):302-308.

743 Molina Molina, Marta; Sánchez García, Ana; Hernández Aguilera, Alicia; Román Rodríguez, Antonia; González Sánchez, Carmen; Vidal Galiano, Isabel. Afrontamos nuevos retos: atención a la comunidad. *Evidentia*. 2005; Año 2(6). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n6/158articulo.php> (Consultado el 19 de Nov. de 2010).

744 Fernández Copado, M. L.). Cuidando y promocionando la salud infantil en el Centro de Salud Dr. Ricardo Fernández Valadés de Jódar (Jaén). *Rev. Paraninfo Digital*, 2008 Año 2(3). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/p008.php> (Consultado el 12 de Nov. de 2010).

745 Bennasar Veny, Miguel; González Torrente, Susana; Pericás Beltrán, Jordi; Seguí González, Priscila. Evaluación de la implantación de una Consulta Joven en un Instituto de Enseñanza Secundaria. *Enfermería Comunitaria (Rev. digital)* 2009, 5(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/comunitaria/v5n2/ec7009.php>(Consultado el 19 de Nov. de 2010).

746 Ginés Noguerras, Roser; Gorrindo Domínguez, Carmen de las Nieves; Ríos Rodríguez, M^a Ángeles. Un paso más de la enfermería en atención comunitaria: consulta joven. *Temperamentvm* 2005; Año 1(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/temperamentum/1revista/a0113.php> (Consultado el 19 de Nov. de 2010).

747 Oltra Rodríguez, Enrique; Sánchez Quiroga, Paz; González Aller, Cristina; Cortés Pinto, Rosa. Los jóvenes deciden dónde, cómo y cuándo quieren su Consulta Joven. *Enferm Comunitaria (Gran)* 2006; 2(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/comunitaria/v2n2/ec6402.php> (Consultado el 20 de Nov. de 2010).

748 Morales Camacho, Vanesa; Santonja Seguí, Raquel; Parra Soriano, Irene. Problemas en la adolescencia: Hablemos de drogas. *Invest & Cuid.* 2005; 3(7): 24-30.

749 Melchor Mor, Cristina; Mariscal Braulio, Josefina Rosario; Braulio Ortín, María Teresa; Pérez García, María Rosario; Varela Lor, Laia; González Rubio, Graciela. Proyecto de educación sanitaria en la escuela: Prevención en el consumo de Cannabis. *Rev. Paraninfo Digital* 2008; II (5). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n5/p086.php> (Consultado el 12 de Dic. 2010).

750 Carmona Simarro, José Vicente; Romero Gómez, FJ; Tirado Darder, JJ; Fernández Torvisco, Ernesto; Cantó Nagore, María; Gómez Mateo, Emma y Ortiz Sánchez, Amparo. Educación para la salud. El consumo de alcohol por los adolescentes: el botellón. *Enferm Integral*. 2009; 86:8-11.

751 Jerez Fonseca, Lady Catalina; Montoya Sanabria, Sandra Milena; Amezcua, Manuel. El botellón en perspectiva: Convergencias y divergencias en la mirada del observador. *Enferm Comunitaria (Gran)*. 2010. 6(1). Disponible en: www.index-f.com/comunitaria/v6n1/ec0061r.php (Consultado el 20 de Oct. de 2012).

752 Navarro Moya, F.J; Viguera Lorente, M.D; Rodríguez González, M.C; Nicolás Viguera, M.D; Nicolás Viguera, A.B. ¿Es necesaria y efectiva la promoción de la salud en la escuela? A propósito de una intervención sobre hábitos tóxicos. *Enferm Global - Esp-* 2006; 8. Disponible en: <http://www.um.es/eglobal/8/08b07.html> (Consultado el 20 de Nov. de 2010).

753 Gómez-Escalonilla Lorenzo, Beatriz; Nombela Beltrán, Patricia; de las Mozas Lillo, Raquel; Marroyo Gordo, Juana M^a; Gómez-Escalonilla Lorenzo, M^a Soledad. Percepción del riesgo de infecciones de transmisión sexual y embarazos no planificados en nuestros adolescentes. *Enferm* 2011; 7(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/comunitaria/v7n2/ec7731.php> (Consultado el 13 de Nov. de 2009).

754 Álvarez Rodríguez, Marifé; Burrell Riu, Nuria; Cujo López, Eva; Berlanga Fernández, Sofía; Pardo Escudero, Irene; Escudero Hernández, M. Mercedes. Programa Salud y Escuela, nuestra experiencia. *Rev. Paraninfo Digital*. 2008; II (5). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n5/p010.php> (Consultado el 13 de Nov. de 2009).

755 Portillo Boyero, B.E; Tomico del Río, M.; García Carmona, S.; Sánchez González, J.M; Santiago Martínez, Carrasco Mateo C. Conocimientos sobre sexualidad tras la realización de unos talleres de educación afectivo-sexual a adolescentes de 3º de la ESO de un instituto del área 4 de Madrid. *Rev. Paraninfo Digital*. 2007; Año 1(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n2/036.php> (Consultado el 20 de Nov. de 2010).

756 Parra Vázquez, Josefa; Seco Pérez, Trinidad; Alfonso Dalda, Susana; Lima Serrano, Marta. El cine como herramienta para la Educación Sexual con jóvenes. Una propuesta de intervención. *Rev. Paraninfo Digital* 2008 Año 2(3). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/p198.php> (Consultado el 2 de Feb. de 2013).

757 Gala León, Francisco Javier; Lupiani Giménez, M.; Bernalte Benazet, A.; Cordeiro Castro, J.A; Miret García, T.; Raja Hernández, R. Intervención de Enfermería frente al bullying y la violencia adolescente: Presentación de un Programa de Educación para la Salud (EpS) en el marco sistémico familiar-escolar. *Rev. Paraninfo Digital*. 2008; II (5). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n5/p086.php> (Consultado el 12 de Dic. de 2010).

758 González Gibert, Inmaculada; Martínez Ferrer, María Salut; Ariza Cardenal, Carles. Revisión de programas de promoción de la salud accesible dirigida a la Educación Primaria. *Rev. Paraninfo Digital*, 2007; 2. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n2/107.php> (Consultado el 13 de Dic. de 2010).

759 Bennisar, Miguel; González, Susana; Pericàs, Jordi; De Pedro Gómez, Joan E. Encuesta de satisfacción acerca de una intervención enfermera comunitaria en un IES. *Rev. Paraninfo Digital*. 2007; Año 1(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n2/036.php> (Consultado el 20 de Nov. de 2010).

760 Zabalegui Yáñez, Adelaida; Cabrera Torres, Esther; Fernández Puebla, Albert Gallart; Bardallo Porras, Dolores. La enfermería y el cuidado comunitario. *Metas Enferm*. 2005 nov.; 8(9):8-12.

761 Galicia Aguilar, Rosa María. Cuidado de enfermería familiar en una comunidad rural. *Rev. Paraninfo Digital*. 2009; III (6). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n6/o015.php> (Consultado el 12 de Dic. de 2010).

762 Lucas Cañabate, Soledad; Berrueto Gómez, Ignacio; Ayala Maqueda, María Rosario. Jornadas saludables en colaboración con la asociación de vecinos. Instrumento para fomentar la salud de la comunidad. Rev. Paraninfo digital. 2008; Año 2(3) (Consultado el 13 de Dic. de 2010).

763 Romero Vizoso, Margarita; López Muñoz, José Cuidando en la Comunidad: Taller de Promoción de la Salud en Centros de Adultos. Rev. paraninfo Digital 2008; Año 2(3). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/p053.php> (Consultado el 13 de Dic. de 2010).

764 Gálvez Romero, Carmen; González Valentín, M^a Araceli; Corrales Vallejo, M^a Florentina; Moreno Muñoz, María. Experiencias de un taller de alimentación sana y equilibrada para mayores. Rev Paraninfo digital 2008; Año 2(3). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/p053.php> (Consultado el 13 de Dic. de 2010).

765 Polo Vallejo, Juan Antonio; Rodríguez Romero, Asunción; Gómez-Plana Usero, M^a José; Portales Pérez, Rosa; Tauste Torroba, Antonio; Verdier Mayoral, Juan L. Experiencia de participación y significación de la salud comunitaria. Rev. Paraninfo digital. 2008; Año 2(3). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/p053.php> (Consultado el 13 de Dic. de 2010).

766 Guardado González, M^a José; García Fernández, Jacinto; Pascual vaca Armario, Juana; Lagares Vallejo, Eloísa; Lomas Campos, M^a de las Mercedes. Planificación de un programa de activación de la memoria en la comunidad. Metas Enferm. 2008; 11(4):56-59.

767 Alonso Villar, Pablo; Puime Míguez, María. Modelos de intervención comunitaria: El equipo de continuidad de cuidados de Vigo. Presencia. 2009 jul.-dic. 5(10). Disponible en: <http://www.index-f.com/presencia/n10/p7211.php> (Consultado el 15 de Nov. de 2009).

768 Del Saz Candel, Óscar; Carretero Román, Julián; Valcárcel Hernanz, Mercedes; Rojas Andrés, Sergio; Trujillo, Gemma; Díez Martínez, Paula. Experiencia de intervención comunitaria enfermera Educare21 -Esp- 2005; 15 Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/> (Consultado el 2 de Feb. de 2013).

769 Hernández Zambrano, Sandra Milena. La participación ciudadana en salud: Desafíos para una sociedad en transformación. Enfermería Comunitaria (Rev. digital) 2011, 7(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/comunitaria/v7n2/ec7201.php> (Consultado el 13 de Oct. del 2012).

770 Gámez Gutiérrez, D.; Nava del Val, M^a; Pacheco López, M.; Cárdenas Gámez, E.; Morales Márquez, A. M^a; Villalobos Gámez. Intervenciones de promoción de salud con voluntariado. Rev. Paraninfo Digital 2008; Año 2(3). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/p045.php> (Consultado el 12 de Dic. de 2010).

771 Lima Rodríguez, Joaquín Salvador; Cobo Castillo, Celia; Lima Serrano, Marta; Casado Mejía, Rosa. Educación para la Salud Grupal: ¿Es utilizada por las enfermeras de Atención Primaria de Salud? Enferm Comunitaria (Gran). 2008; 4(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/comunitaria/v4n2/ec6688.php> (Consultado el 13 de Nov. de 2010).

772 Martín Morcillo, Jaime; Celada Pérez, Sagrario; Fernández Crespo, Susana; Rodríguez Muñoz, Fructuoso. Situación de la materia transversal Educación para la Salud en la provincia de Toledo Nure Inv 2009; 43:1-11. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/matraneps432112009103751.pdf (Consultado el 20 Octubre de 2012).

773 Miret García, María Teresa; Bernal te Benítez, Álvaro; Gala León, Francisco Javier y Lupiani Jiménez, María Mercedes. El señalamiento de la cronicidad, la transformación en el área de lo público y la influencia de los enfermeros en la formación de un cuasi grupo. Cul. Cuid. 2009; XIII (25):54-61.

774 Ferrer Arnedo, C.; Sarrión Bravo J.A. Metodología para la elaboración y estabilización de los procesos de gestión del responsable de enfermería de un equipo de Atención Primaria. Tesela [Rev. Tesela] 2007. Disponible en: <http://www.index-f.com/tesela/ts1/ts6389.php> (Consultado el 10 De Nov. de 2009).

775 Cabañero Martínez, M José; Muñoz Mendoza, Carmen Luz; Richard Martínez, Miguel; Cabrero García, Julio. Revisión de los atributos de las medidas de resultados de salud basados en el paciente. Enferm Clínica 2008; 18(2):84-90.

776 Pulpón Segura, Anna M; Ecarté Icen, M^a Teresa; González Carrión, Francisco; González Carrión, Begoña, Maceres Ferrer, Oscar. Satisfacción en los pacientes atendidos en consultas de enfermería. Tesela [Rev. Tesela] 2007; 2. Disponible en: <http://www.indexf.com/tesela/ts2/ts6543.php> (Consultado el 9 de Sep. de 2008)

777 Tapia Valero, Carmen; Novo García, Carmen; Hernández Pedraza, Raquel; Sánchez Gómez, María Begoña; Duarte Clementes, Gonzalo. Las enfermeras mejoran la salud de los pacientes crónicos. Revisión sistemática. Evidentia. 2009; 6(28). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n28/ev0628.php> (Consultado el 10 de Abril de 2010).

778 Jorge Samitier, Pablo; Kolly Lerín, Estefanía. La "hiperfrecuentación" en atención primaria r/c la "relación de ayuda" en las consultas de enfermería. *Enferm Comunitaria (Gran)* 2009; 5(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/comunitaria/v5n1/ec6956.php> (Consultado el 9 de Nov. de 2011).

779 Gala León, Francisco J.; Lupiani Giménez, Mercedes; Miret García, M^a Teresa; Dávila Guerrero, Jesús; Cordeiro Castro, José A y Raja Hernández, Rafael. Promoción de la salud en enfermería de A.P. mediante el diseño piloto de un Taller de Formación en Comunicación de Malas Noticias según el modelo de Buckman. *Rev. Paraninfo digital*. 2008; Año 2(3). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/p124.php> (Consultado el 11 de Nov. de 2011).

780 Cruz Hidalgo, Rosa María; Devant Altimir, Meritxell; Florensa Rex, Gemma; Pérez García, Elisa; Serrato Villa, Montserrat; Vidiella Piñol, Ingrid. ¿Nos conocen los usuarios? *Rev. Paraninfo Digital*, 2008; 3. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/p117.php> (Consultado el 13 de Enero de 2010).

781 Vela Sánchez, Lourdes; Moreno Castro, Francisco; Lamas Carrera, Juan. Atención a pacientes anticoagulados en Atención Primaria. El usuario opina. *Rev. Paraninfo Digital*, 2008; 3. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/p201.php> Consultado el 13 junio de 2012

782 Hernández Martínez, Rafael; Carrillo Hidalgo, Dolores; Barber María, Virginia; Codeen i Bové, Núria. La relación enfermera-paciente en la Atención Primaria de salud. Un estudio cualitativo. *Rev. Paraninfo Digital*, 2008; 5. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n5/o050.php> (Consultado el 13 de Nov. de 2009).

783 Garaikoetxea Iturriria, Ana; Jansà López del Vallado, JM; Grau Ruvireta, Albert; Cernadas Ramos, Andrés; López Pareja, Natalia. Qué esperan los usuarios inmigrados de nuestro sistema de salud? *Enferm Comunitaria (Gran)* 2009; 5(2) Disponible en: <http://www.index-f.com/comunitaria/v5n2/ec6974.php> (Consultado el 12 de Mar. de 2011).

784 Serrano del Rosal, Rafael; Ranchal Romero, Julia. La importancia e invisibilidad de las enfermeras en Atención Primaria de salud *Rev. Índex de Enfermería* 2010; 19(1):9-13. Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v19n1/7058.php> (Consultado el 12 de Mar. de 2011).

785 Guerra Martín, M^a Dolores. Opiniones y percepciones de las enfermeras sobre los valores que desarrollan en la prestación de cuidados. *Metas Enferm.* 2008 sep.; 11(7):26-31.

786 Fernández Araque, Ana María; Santa Clotilde Jiménez, Elena y Casado del Olmo, María Isabel. Calidad de vida profesional de los profesionales de enfermería en atención primaria de Soria. *Biblioteca Lascasas*, 2007; 3(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0213.php> (Consultado el 13 de Dic. de 2010).

787 Mora Jiménez Magdalena. ¿Sabemos cuidarnos las enfermeras? Resumen de Póster. IV congreso ASANEC. Asociación andaluza de enfermería comunitaria. Atención a la dependencia en el espacio comunitario. *Evidentia* 2006; 3(7). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/216-2articulo.php> [ISSN: 1697-638X] (Consultado el 10 Dic. de 2010)

788 López Cano, María; Ruíz Fernández, María Dolores; Pérez Navarro, Adelaida. Valoración de la autoestima de los profesionales de enfermería en Atención Primaria. *Rev. Paraninfo Digital*, 2007; 2. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n2/070.php> (Consultado el 12 de Nov. de 2010).

789 Soto, Cámara Raúl; Santamaría Cuesta, Inmaculada. Prevalencia del Burnout en la enfermería de atención primaria. *Enferm Clínica*. 2005; 15(3):123-130.

790 Pérez Álvarez, Teresa; Díaz Carreiras, Carmen. Satisfacción laboral en enfermeros/as de atención primaria del servicio gallego de salud. *Metas Enferm.* 2008; 10(10):6-10.

791 Martínez Sola, Encarnación María; Berjón Aparicio, Sonia y Rodríguez Ibáñez, María. Factores psicosociales del profesional de enfermería en Atención Primaria, en los diferentes Distritos de Almería. *Biblioteca Lascasas*. 2009; 5(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0421.php> (Consultado el 12 de Dic. De 2010).

792 Montesó Curto, Pilar; Aguilar Martín, Carina; Lletí Estupiñá, Susana. Dificultades laborales-familiares del personal de enfermería de Atención Primaria. *Enferm Comunitaria (Gran)* 011; 7(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/comunitaria/v7n1/ec7244.php> (Consultado el 3 de Nov. de 2012).

793 Lupiani Giménez, Mercedes; Gala León, Francisco Javier; Gómez Sanabria, Antonio; Miret García, M^a Teresa; Dávila Guerrero, Jesús y Barreto Romaní, M^a Carmen. Autoimagen y autoestima profesional en la enfermería de Atención Primaria (A.P.). *Un*

estudio en un distrito de A.P. Rev. Paraninfo digital. 2008; Año 2(3). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/o028.php> (Consultado el 12 de Nov. de 2010).

794 Granollers Mercadera, Silvia; Lapena Estellab, Carolina; Martín Vergarac, N.; Porta Salvie, Monserrat; Acebrón Sánchez-Fortunyf, Carmen. Perfil del profesional de enfermería que voluntaria del Institut Català de la Salut opta al concurso de movilidad. Nursing, 2009; 27(10), 64.

795 García Márquez, María Dolores; Pegalajar Garrido, Alberto. La OPE extraordinaria 2002 y la migración de enfermeras hacia la Atención Primaria. Rev. Paraninfo Digital, 2008; 3. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/p127.php> (Consultado el 12 de Dic. de 2010).

796 Tomás Rojas, José; Rodríguez del Águila, María del Mar; Cano Aravaca, Pilar; Ferrándiz Viñolo, José A; Quesada Rodríguez, Dolores; Tomeno Estévez, Isabel y González Jiménez, Francisco. Migración de la enfermería de Atención Especializada hacia Atención Primaria en un Distrito Sanitario. Enferm Comunitaria (Gran). 2008; 4(2). Disponible en: www.indexf.com/comunitaria/v4n2/ec0142.php (Consultado el 3 de Nov. de 2012).

797 March Cerdá, Joan Carles; Galiana Auchel, José Manuel; Danet Danet, Alina; Equipo Climap Sevilla. Clima emocional en los centros de Atención Primaria de un Distrito Sanitario urbano de Andalucía. Enfermería Comunitaria (Rev. digital) 2011, 7(2). Disponible en: [/comunitaria/v7n2/ec7509.php](http://www.comunitaria/v7n2/ec7509.php) (Consultado el : 13 junio de 2012)

798 Cid González, Manuel Carlos; Alcón Jiménez, Castillo; Caraballo Perea, Ana Belén. ¿Cómo investiga un enfermero de atención primaria? Cuid y Educ. 2006; (XI):14-17.

799 Amezcua, Manuel; Bonill de las Nieves, Candela; Hueso Montoro, César. El cuidado del paciente inmigrante: líneas emergentes de investigación en Andalucía. Enfermería Comunitaria (Rev. digital) 2009, 5(2). Disponible en: [/comunitaria/v5n2/ec8009.php](http://www.comunitaria/v5n2/ec8009.php) (Consultado el 13 d Jun. de 2012).

800 Tizón Bouza, Eva; Rumbo Prieto, José María; García Rivera, María Gemma; Yáñez González, Elena; Marcos Espino, Miriam Paula; Arantón Areosa, Luis Fernando. La salud comunitaria como área prioritaria de investigación en la década 2000-2009. Rev. Paraninfo Digital, 2010; 9. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n9/i061.php> (Consultado el 1 de Feb. de 2013).

801 García-Padilla, Francisca M.; Batres-Sicilia, Juan Pedro; Rojano-Pérez, Reme; Frigolet-Maceras, Josefa; Martos-Cerezuela, Ildefonso; González-de Haro, M. Dolores; Palacios-Gómez, Leopoldo; Cortés-Gallego, Juana; González-Delgado, Antonio; Frías-Osuna, Antonio. Líneas de investigación propuestas por la Asociación de Enfermería Comunitaria de Andalucía. Enferm- Clínica 2011; 21(3):159-162.

802 Siles González, José. Educación, enfermería comunitaria y paradigmas científicos. Cuidar y Educar 2006;(XI):28-31. Disponible en: http://www.seapremur.com/Revista_Mayo_2006/revista_Mayo_2006.htm (Consultado el 18 de Nov. de 2010).

803 Germán Bes, Concha. Historia de la Enfermería Comunitaria I. De enfermeras visitadoras a instructoras sanitarias. Temperamentvm. 2008; 4(8). Disponible en: <http://www.index-f.com/temperamentum/tn8/t0608.php> (Consultado el 18 de Nov. de 2010).

804 Jorge Samitier, Pablo. Historia de una enfermera comunitaria española de mediados del siglo XX. Enferm Comunitaria (Gran). 2009; 5(1). Disponible en: <http://www.indexf.com/comunitaria/v5n1/ec6967.php> (Consultado el 13 de Dic. de 2010).

805 Rodríguez Rodríguez, M^a Ángeles. El Cambio tan esperado. Iniciando una nueva trayectoria profesional. Arch Memoria. 2009; 6(1). Disponible en: <http://www.indexf.com/memoria/6/ar30814.php> (Consultado el 18 de Nov. de 2010).

806 Lluch Garvi, Verónica. Siempre trabajando para mejorar. Las enfermeras de pediatría de Atención Primaria en los 80 Arch Memoria 2011; 8(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/memoria/8/8203.php> (Consultado el 12 de Junio de 2012).

807 Bacigalupe Pérez, Paloma. Historia de la Asistencia Primaria en Haro (La Rioja) Educare21 -Esp- 2010; 62.

808 Rapp Fernández, Pilar; González Pascual, Juan Luis; Silla Franco, Manuela; Sobrados Ferradal, Castillo; Villalba González, Felicidad; Lora Pablos, Félix. Perfil del tutor de prácticas clínicas de pregrado de enfermería comunitaria en el área 11 de Atención Primaria del instituto madrileño de la salud (IMSALUD) XXV Sesiones de trabajo de la asociación española de enfermería docente. La enfermería en la Europa del conocimiento: futuro entorno del desarrollo Madrid Asociación Española de Enfermería Docente 2005.

-
- 809 Álvarez Rodríguez, Inmaculada; Pegalajar Garrido, Alberto; García Márquez, María Dolores; López Márquez, Ana. De la teoría a la práctica en el rol de enfermera de familia: "Una mirada crítica". Rev. Paraninfo digital. 2008; Año 2(3). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/p045.php> (Consultado el 12 de Dic. de 2010).
- 810 Germán Bes, Concha; Anguas Gracia, Ana; Arbonies Cobos, Victoria. El aprendizaje de la nueva cultura del agua usando Tics por los estudiantes de enfermería comunitaria de la universidad de Zaragoza (España). Med. Natur. 2008; 2(2):155-160.
- 811 Martín Morcillo, Jaime; Celada Pérez, Sagrario; Fernández Crespo, Susana; Rodríguez Muñoz, Fructuoso. Situación de la materia transversal Educación para la Salud en la provincia de Toledo. Nure Inv 2009; 43:1-11. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/matlaneps432112009103751.pdf (Consultado el 20 de octubre de 2012)
- 812 García Padilla, Francisca; Merino Navarro, Dolores; Carrasco Acosta, M^a del Carmen. Experiencia de convergencia didáctica en Enfermería Comunitaria y Enfermería Médico-Quirúrgica. Metas Enferm 2010; 13(3):20-24.
- 813 Martínez Nieto, José Manuel; Delgado Romero, Ascensión; Herrero Villanueva, María Luisa; López Muñoz, José; Rodríguez Bobillo, Margarita; Martín Tello, Juan Manuel; et al. Organización por Competencias de las Prácticas Clínicas de Enfermería Comunitaria: Guía Docente de Prácticas. Biblioteca Lascasas, 2010; 6(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0527.php> (Consultado el 26 de Enero de 2013).
- 814 Heierle Valero, Cristina; Cano-Caballero Gálvez, María Dolores; Guillamet Lloveras, Ana; Celma Vicente, Matilde; Garach Mirasol, José Ignacio. Innovación Rev. ROL Enferm- 2010; 33(11):51-56.
- 815 García Vallejo, Raúl; Beamud Lagos, Milagros; Pérez Rivas, Francisco Javier; García López, Montserrat; Alejo Brú, Nury; Hidalgo García, Carmen; Sáez Crespo, Antonio. Nuevo modelo de evaluación de las prácticas de enfermería comunitaria: Fortaleciendo el proceso enfermero Enferm Comunitaria (Gran) 2009; 5(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/comunitaria/v5n2/ec7093.php> (Consultado el 12 de Jun. de 2012).
- 816 González López, José Rafael; Lomas Campos, María de las Mercedes; Fernández Sarmiento, Juan Manuel; León Larios, Fátima. Aprendizaje basado en problemas en enfermería comunitaria i: desempeño discente en la universidad de Sevilla. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2010 out/dez; 18(4): 519-23.
- 817 Guirao Goris, Josep Adolf. Evolución de la opinión del alumnado respecto al tipo de aprendizaje conseguido en la asignatura de Salud Pública. Enfermería Comunitaria (Rev. digital) 2010, 6(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/comunitaria/v6n2/ec7313.php> (Consultado el 18 de Nov. de 2010).
- 818 Martínez Riera, José Ramón; Sanjuán Quiles, Ángela; Cibanal Juan, Luis; Pérez Mora, María Jesús. Roleplaying en el proceso de enseñanza-aprendizaje de enfermería: valoración de los profesores. Cogitare 2011 16(3):411-417. Disponible en: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/24216/16223> (Consultado el 18 de Nov. de 2010).
- 819 Sanjuán Quiles, Ángela; Aliaga Sánchez, M^a Carmen; Martínez Riera, José Ramón. Semana de Salud, aula abierta para la integración de conocimientos e interrelación con la comunidad. Metas 2011; 14(7):54-59. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com> (Consultado el 20 de dic. de 2012).
- 820 Frías Osuna Antonio "Enfermería comunitaria de la editorial" Ed. Masson .Madrid 2006
- 821 M^a Dolores Flores Bienert y Ana María González Cuello "Bases de la Enfermería Comunitaria y Educación para la Salud Es Diego Martin Librero. Murcia 2013
- 822 Martínez Riera José Ramón y Rafael del Pino Casado, el 'Manual práctico de enfermería comunitaria' Ed. Elsevier 2013
- 823 Capilla Díaz, Concepción. Sistematización del Trabajo enfermero [Varios autores. Manual de metodología de trabajo enfermero en Atención Primaria. Asociación de Enfermería Comunitaria de Cantabria. Barcelona, 2003, 103págs]. Index Enferm (Gran). 2005 XIV.(50:), 79-80. Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/50revista/5447.php> (Consultado el 20 de Dic. de 2012).
- 824 Duarte Climents, Gonzalo; Gómez Salgado, Juan; Sánchez Gómez, María Begoña. Fundamentos teóricos de la enfermería comunitaria. Enfermería comunitaria I. Primera. Madrid: Fundación para el Desarrollo de la Enfermería (FUDEN), 2007. 393 p. 84-96690-43-1/ DL M-43764-2007. Libro divulgativo. 2A-FUN-2007.

825 Duarte Climents, Gonzalo; Gómez Salgado, Juan; Sánchez Gómez, María Begoña. Fundamentos teóricos de la enfermería comunitaria. Enfermería comunitaria I. Primera. Madrid: Fundación para el Desarrollo de la Enfermería (FUDEN), 2007. 393 p. 84-96690-43-1/ DL M-43764-2007. Libro divulgativo. 2A-FUN-2007.

826 Casals Riera, Ramón. (2007). Entrevista terapéutica. comunicación interpersonal. counseling. En: Duarte Climents, Gonzalo; Gómez Salgado, Juan; Sánchez Gómez, María Begoña. Fundamentos Teóricos De La Enfermería Comunitaria. Enfermería Comunitaria I. Primera. Madrid: Fundación Para El Desarrollo De La Enfermería (FUDEN, Capítulo. 2A-FUN-2007., PP. 369-392.

827 Ortega Galán, Ángela M^a Coord. Manual de bioética para los cuidados de enfermería. | Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria, Almería 2010.

828 Morilla Herrera, Juan Carlos coord. Aportaciones ASANEC al libro blanco de la dependencia. Primera. Málaga: Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria, 2005. 86 p. J-442-2005. Libro Divulgativo. 2A-APO-2005.

829 Boatella Cumpián, Luis; Izquierdo Carrasco, Juan Miguel Coord. Guía. Almería Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria 2010.

830 Ibidem Germán Bes, Concha. 2007, PP :468

831 Ibídem Glez. Soriano 1997, PP: 221

832 González Soriano, M.; Risco Otaolaurruchi, C.; Freixas Pascual MJ. Evolución de las publicaciones de Salud Pública y Enfermería comunitaria en seis revistas españolas durante 10 años. *Enferm Clínica* 1997; 7(5): 217-255

V.3. Resultados y Discusión de los Relatos de las Entrevistas

Los conceptos para el análisis de los relatos

En este apartado se exponen y analizan los resultados de las entrevistas realizadas. Como una de nuestras hipótesis es que el género ha influido en el desarrollo de la Enfermería Comunitaria, para realizar nuestro marco de análisis de los discursos escogimos a la filósofa y ensayista norteamericana Nancy Fraser⁸³³, que plantea que un reconocimiento erróneo, una mala redistribución de los recursos y un mala representación son la causa de las injusticias de hoy en día. Consideramos que sus propuestas en relación al género y a las desigualdades sociales nos pueden ayudar para hacer el análisis de la evolución y la realidad social de la enfermería comunitaria actual. Esta autora considera que en la actualidad, el género es un principio estructurante básico de la economía política, que estructura la división dentro de la labor remunerada entre las ocupaciones profesionales y manufactureras, mejor pagadas y dominadas por los hombres; y las ocupaciones profesionales, peor pagadas, dominadas por la mujer (como son las ocupaciones de cuello rosado y las ocupaciones en el servicio doméstico). El resultado es una estructura político-económica que genera modos de explotación y de privación específicos en función del género.

Según Fraser la injusticia de género no es únicamente una diferenciación político-económica, sino también una diferenciación en términos de estatus. Se sufriría tanto una discriminación tanto cultural como económica, lo que estaría encuadrado en lo que ella llama colectividades bivalentes, y como tal, también está acompañado de elementos que se parecen más a la sexualidad que a la clase, hecho que lo lleva a la problemática del reconocimiento. Así pues no sólo las mujeres, sino todos los grupos de bajo estatus social están en peligro de ser feminizados y por lo tanto despreciados en este contexto. De este modo, la principal característica de injusticia en función del género es el androcentrismo: la construcción autoritaria de normas que privilegian los rasgos asociados con la masculinidad⁸³⁴. Esta devaluación está institucionalizada en la ley mediante políticas estatales, prácticas sociales y modelos informales de interacción social y se manifiesta en los daños infligidos a las mujeres, incluyendo ataques sexuales y violencia doméstica.

La sujeción a las normas androcéntricas en relación con las cuales las mujeres están vistas como inferiores o desviadas, que trabajan en contra de sus intereses (incluso sin intención de

marginación en las esferas públicas y órganos de decisión) son daños considerados como injusticias de reconocimiento. Otros tipos de injusticias de reconocimiento son la negación de todos los derechos legales y las protecciones de igualdad. Estos daños son relativamente independientes de la economía política, no meramente «superestructurales» y para ser solucionadas requieren un justo reconocimiento.

Para eliminar la explotación y la discriminación específicas del género, considera necesaria la abolición de la división del trabajo en función del mismo. Puede ser que el heterosexismo, la superación del androcentrismo y el sexismo, requieran un cambio de valoraciones culturales (tanto en sus expresiones legales como prácticas) que privilegian la masculinidad y niegan un igual respeto a las mujeres. El remedio sería descentralizar las normas androcéntricas y revalorizar el género devaluado, bien mediante el acuerdo de un reconocimiento positivo de la diferencia del grupo devaluado, o mediante la deconstrucción de la oposición binaria entre masculinidad y femineidad. Que habría que utilizar lo que llama «dualismo perspectivista» en el que la redistribución y reconocimiento constituyen perspectivas analíticas que pueden ser asumidas con respecto a cada ámbito. Con el dualismo perspectivista se puede definir la justicia de cada práctica social, independientemente de donde se sitúe institucionalmente, planteando la cuestión desde cada uno o desde los dos puntos de vista normativos analíticamente distintos. A saber, la práctica en cuestión reduce o amplía las condiciones objetivas e intersubjetivas de la paridad participativa⁸³⁵.

Las ventajas del modelo de Fraser, según la propia autora, se organizarían de la siguiente manera: en primer lugar permite dejar de lado las discrepancias irresolubles sobre la naturaleza humana y lo bueno; en segundo lugar explica por qué la falta de reconocimiento no es simplemente una cuestión de actitudes perjudiciales que llevan a daños psicológicos, sino que es un problema de estructuras socialmente atrincheradas de interpretación y valoración que impiden la participación equitativa en la vida social; finalmente, evita la perspectiva evidentemente dudosa de que todos tienen el mismo derecho a la estimación social. Es decir el mismo derecho a perseguir la estimación social bajo unas condiciones justas de igualdad de oportunidades. Tales condiciones no se consiguen cuando los modelos culturales dominantes de interpretación degradan fuertemente la femineidad y todo lo culturalmente ligado a ella. Cuando se da este caso, las mujeres se enfrentan con obstáculos, que no encuentran otras personas, en la búsqueda de estimación. Y todos, incluyendo los hombres, se enfrentan aún

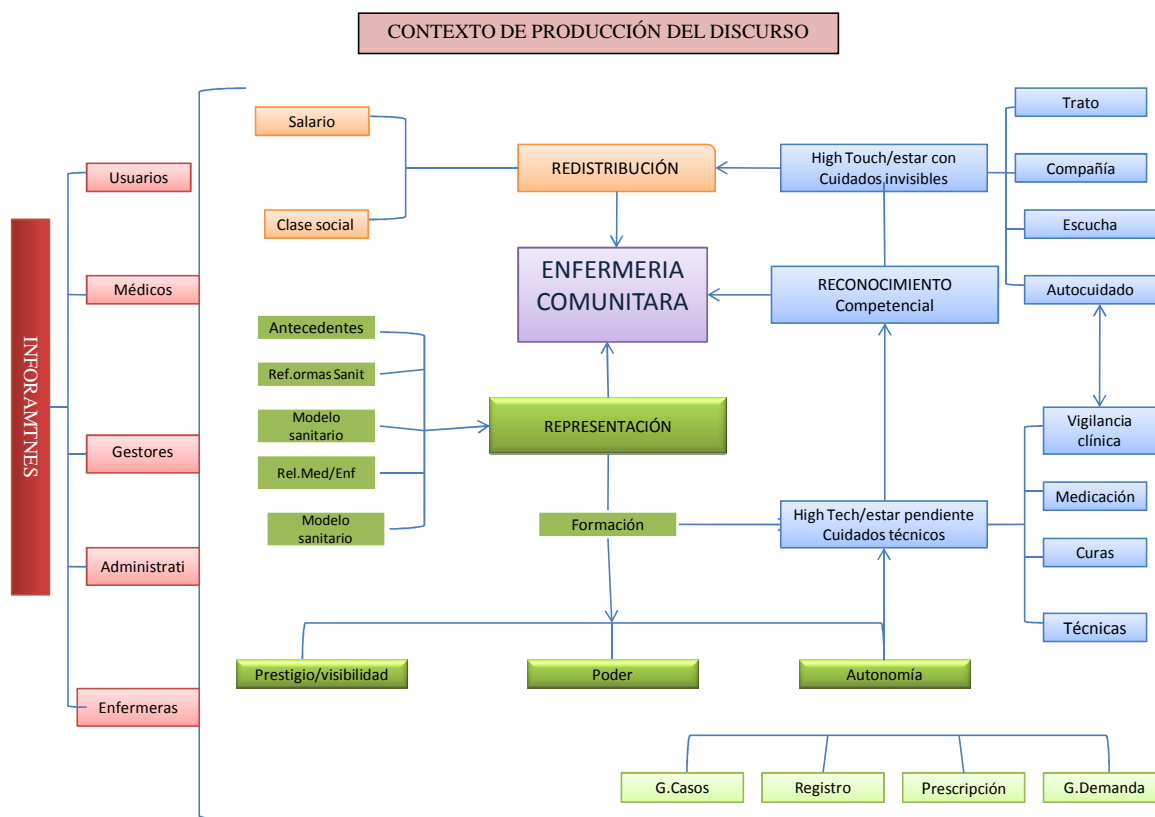
con más obstáculos si optan por seguir proyectos y cultivar rasgos que sean codificados culturalmente como femeninos.

En el caso de la enfermería en general y por tanto también en la especialidad comunitaria, la injusticia social de género, se puede relacionar con la experiencia del aprendizaje del cuidado que adquieren mujeres y hombres en la socialización familiar y escolar y que se reproducen en el ámbito laboral, creando mundos distintos entre los actores sociales, en los que las enfermeras sufren tanto el reconocimiento erróneo como una mala distribución de los recursos. Para superar la situación de inferioridad en que se encuentra será preciso eliminar las diferencias excesivamente adscritas o construidas en los contextos sanitarios para poder participar como miembros con pleno derecho en la interacción con los otros actores del sistema. Será preciso poner en valor el trabajo de cuidado, que como vimos es el que verdaderamente da identidad a su profesión y hacerlo en combinación con la redistribución y con la representación.

A continuación veremos cuál es la valoración que tanto usuarios como profesionales hacen del cuidado y su relación con la Enfermería Comunitaria, cuáles son los factores que valoran como influyentes en su desarrollo, utilizando como base analítica de sus discursos las tres dimensiones planteadas por Nancy Fraser. Lo que aparecen son los extractos más significativos de los relatos, unos rememoran mejor el pasado y otros tratan mejor el tema del cuidar.

Para comprender mejor este planteamiento utilizaremos como representación gráfica el siguiente mapa conceptual en el que se puede ver el contexto de la producción del discurso:

Figura 4: Contexto de la producción del discurso



Fuente: Hueso Navarro Fabiola 2014

En la figura 4 se dibuja el marco para el análisis de los discursos de los informantes. La variable dependiente, efecto o resultado, utilizando terminología clásica del método cuantitativo es la Enfermería Comunitaria hoy. En el lado izquierdo de la figura están los informantes que nos han proporcionado la información para esta parte del trabajo. Los colores salmón, azul y verde nos sirven para identificar las tres dimensiones de Redistribución, Reconocimiento y Representación, que a su vez se subdividen en otras variables que nos van a servir para organizar el análisis de los discursos.

De forma más detallada podemos ver que en la parte superior derecha de la figura, en color azul, situamos la dimensión del Reconocimiento competencial. Que se sitúa el High Touch /ó “Estar con” (trato, compañía, escucha Autocuidado, etc.) En La parte inferior derecha también en azul, se sitúa el High tech/ que lo identificamos como “Estar pendiente” (Vigilancia clínica, control medicación administración de medicación, curas y otras técnicas).

En el centro izquierda en color verde, se sitúa la Representación, relacionado con los antecedentes históricos, la política, la reforma sanitaria, las relaciones médico y enfermera, que conectan con la formación de las enfermeras y esta a su vez , con el prestigio y la visibilidad, con el poder y la autonomía profesional. En el margen centro izquierda, se encuentra la Redistribución, que conecta con el salario y la clase social a la que pertenecen las Enfermeras Comunitarias.

Como se puede ver hemos unido las propuesta conceptual de Fraser con el marco conceptual enfermero de Hueso-Germán explicado en el capítulo 2 de esta tesis.

Un requisito imprescindible en toda investigación de tipo cualitativo es preservar el anonimato de los informantes, por eso utilizaremos códigos de identificación que responden a: lugar (B-Sevilla y A-Navarra), usuario (H-hombre; M-mujer), número de informante, enfermera (E), médico (M), gestor (G) y la edad. Las administrativas son tres mujeres de Navarra). Ejemplos:

Claves informantes

AU1.H.62= usuario, hombre, 62 años. Nav.
AU4.M.60= usuaria, mujer, 60 años. Nav.
BU1.H.72= usuario, hombre, 72 años. Sev.
EA1.M.65= enfermera, mujer, 65 años. Nav.
EB3.H.53= enfermero, hombre, 52 años, Sev.
GM1.H.60= gestor, médico hombre ,60 años
GE4M.55= gestor, enfermería, Mujer, 55 años
GE2H.52= gestor, enfermería, hombre, 52 años.
ADM.1.M.48= administrativa mujer.48 años
MED.3.H.65.= médico, hombre. 65 años
MED.1.M.54= Medica mujer.54 años

A cada grupo de informantes se le asignará un color diferente: verde Usuarios (negro), médicos (azul), gestores (verde) administrativos (naranja), enfermeras (granate). A final de cada una de las dimensiones pueden ver el resumen.

V.3.1.Reconocimiento

El reconocimiento es el “cómo nos ven” y en ese concepto, el trabajo forma parte importante de nuestra identidad. La identidad se construye con los diversos roles que jugamos en la vida, en el ámbito personal y en el trabajo. Más en concreto: ámbito privado-público, disponibilidad limitada-ilimitada, jornada continuada o no, trabajo visible-invisible⁸³⁶. Desde una perspectiva sociológica, el rol profesional se define como “la construcción de una imagen social que se constituye en interacción con la comunidad o público, el cual perfila la identidad de este sujeto de acuerdo a su experiencia en ámbitos de sus necesidades”⁸³⁷.

El objetivo de este apartado es tratar de identificar aquellos aspectos que los usuarios y los profesionales reconocen como esenciales en el trabajo de la Enfermería Comunitaria.

V.3.1.1.A. El relato de los usuarios

Las respuestas de nuestros usuarios informantes con relación al trabajo que realiza la enfermera en atención primaria corroboran las dos dimensiones cuidados técnicos y cuidados invisibles.

V.3.1.1.A.1.Cuidados Técnicos.

Los cuidados técnicos como hemos explicado en Capítulo dos, se refieren al High Tech, en los que se valora la dimensión objetiva que se corresponde con el estar pendientes, la vigilancia, la seguridad clínica, es decir, la capacidad de discriminar el riesgo clínico y si hay descompensación, debe derivarse al médico; También son las actividades técnicas tales como la realización de curas, pruebas diagnósticas y otros procedimientos técnicos. También se suelen conocer como actividades o tareas delegadas del médico o médica.

Vigila la salud, se preocupa, está alerta, acude al llamarla, previene la enfermedad. Mi madre, por ejemplo, está vigilada de tensiones BU1 H.57

Imprescindibles, están siempre pendientes. AU2.H.62

Voy a por recetas y son las enfermeras las que me atienden, para hacerme una cura y para ponerme inyecciones, o hacerme un análisis, quitarte un tapón y todas esas cosas... AU3. M.63

En este aspecto coinciden con otros estudios anteriores como el de Fuster Caballero y el de Mira^{838,839} con Agudo Polo⁸⁴⁰, García Casado⁸⁴¹, González Pascual Juan L, et al⁸⁴² y Zornoza Villagarcía⁸⁴³, un porcentaje alto de la población no conoce alguno de los servicios ofertados, como son las técnicas de relajación, el apoyo a dejar de fumar, la prevención en enfermedades crónicas, educación sexual, el consejo de cómo cuidar a un familiar, y una parte los informantes seguía relacionando a la enfermería con lo que ellos llaman tareas delegadas y derivadas de los médicos o lo que también podríamos llamar acciones médicas superpuestas, aspectos técnicos del cuidado (curas, medicación, procedimientos técnicos etc....)

V.3.1.1.A.2. Cuidados Invisibles

Valoran el cuidado como el elemento fundamental en su proceso de salud, considerándolo esencial en la atención y lo identifican como buen trato. El buen trato es tener la alegría y disponibilidad de tiempo y espacio para compartir con otros, estar pendiente, conversar, animar, ver cómo es la evolución en su proceso de salud-enfermedad. Se manifiesta en todas las formas de relación humana: contacto con la piel, abrazos, miradas, gestos, conversaciones. Es consecuencia del afecto y de una buena salud emocional⁸⁴⁴. Fue percibido con una carga significativa de sentimientos de afecto, amor, amabilidad, dulzura, bondad, delicadeza o suavidad. Consideran la cercanía y la empatía fundamentales, lo que les facilita y les permite superar el proceso.

También estos cuidados son claves para lograr la confianza. Florence Nigthingale dijo: " la enfermera debe de ser una persona de la que uno se pueda fiar, en otras palabras, capaz de ser "enfermera de confianza"⁸⁴⁵. Nuestros informantes confirman esta visión de la enfermera, puesto que consideran que la confianza es clave en la relación con la enfermera, la cercanía y el cariño son muy importantes además de la eficacia:

Está claro que eso el trato es lo principal BU3.H.72

Tratarte bien, ayudarte, quitarle importancia. El trato es muy importante, de hecho es lo que más hace. Hay que atender con una dulzura especial, hacerlo con delicadeza AU2.H.62

Mimar. Es crear esa empatía y mejorar física y mentalmente a la vez, yo creo que todo va muy unido. AU1.M.64

Esa cercanía con las personas te sirve muchas veces. BU1.H.73

En primer lugar que te den un poco de confianza y cariño; luego que te hagan lo que tengan que hacerte (curas o lo que sea). AU3.M.63

La confianza es muy importante, darle ánimos y tener con él una relación cercana. BU1.H.73

Hay que tener confianza con ellas AU8.M.62

La eficacia es importantísima. El trato familiar, la eficacia y la confianza. AU2. H.62

En esto coinciden con Kuerten⁸⁴⁶ que entiende como afecto: la interacción que puede ocurrir entre el cuidador y el ser que es cuidado. Se puede establecer una relación de afecto, cariño, de situarse en el lugar del otro, aunque preservando siempre su objetividad. Se produce una interacción entre el tecnicismo y el afecto, pone como ejemplo el cuidado que se presta a una persona entubada. La interacción y el afecto aparecen cuando la enfermera cuida de ellos como cuida de los otros, quienes hablan, sonríen, expresan de una forma clara el dolor ¿Cómo puede ella hacer eso? Es a través de una conversación amigable, de la explicación de procedimientos, de la observación del lenguaje no verbal, de un incentivo, del cariño, de la responsabilidad. Esta actitud forma parte del respeto que debemos sentir como personas y como profesionales, es también, una cuestión de ética profesional.

También coinciden con Fuster et al y con Ferrer Arnedo⁸⁴⁷, que en sus estudios realizados con usuarios de la Comunidad de Madrid, encontraron que lo que más valoraban era la cercanía/proximidad (60%), la autonomía/enseñanza para el autocuidado (43%) y la accesibilidad (48%).

Proporcionar tranquilidad y serenidad son los objetivos que se tratan de alcanzar cuando se inicia un proceso de cuidado. Para conseguirlo, la enfermera intenta inspirar ánimo y estímulo, algo valorado muy positivamente por los pacientes:

Hay que apoyar a los enfermos y darles ánimos BU1.H.73

Me dijo que enseguida se me pasaría AU6.M.63

Me decía: “no te mates, no te preocupes” Me tranquilizaba mucho. Me dejaba más tranquila, sin darme nada AU8.M.62

No te preocupes y anima a la persona BU2.H.80

Planteamiento que es corroborado por Waldow cuando expone que: “En general, los pacientes no sólo están interesados en recibir un trato cariñoso si no que quieren sentirse seguros y confiar en que además de ser considerados seres humanos, el equipo de salud desempeñará

sus funciones con conocimiento y habilidad”⁸⁴⁸. Hernández Martínez⁸⁴⁹ también identificó esta cuestión en su estudio. También lo identifican con ayuda.

Te ayudan a superar lo que estás pasando No sólo he encontrado un apoyo moral, he encontrado mucho más. No solo me han ayudado médicamente. AU1.M.64

Me daba vitalidad AU8.M.62

A mí me ayudaba, a mí me ayudaba mucho. AU6.M.66

En este aspecto coinciden con Quintero⁸⁵⁰ en que significa ayuda: algo necesario para superar un momento difícil o para conseguir un objetivo. También con Mejía Lopera⁸⁵¹, aunque ella se refiere a ello como “dar soporte”. La disponibilidad y la continuidad⁸⁵², el ofrecimiento de presencia real, para poder centrar la atención en la persona y en su situación.

Siguió mis avances Todos los meses iban AU6.M.66

Me curó todos los días AU1.M.64

Venía sin llamarla. Viene a casa a hacerte las curas si tú no puedes ir. AU3:M.63

Venía una vez a la semana, pero a demás Tengo la seguridad de que cada tres meses viene y así la miran y la controlan. AU8.M.62

Consideran la escucha como un elemento esencial en la relación de cuidado. En ello coinciden con Agüero⁸⁵³ ya que entienden que permite el drenaje emocional y el desahogo. Sentirse escuchado demuestra consideración, que al otro le importa tu situación:

Pero es que Patricia me escuchaba, me desahogaba con ella AU8.M.62

Pero tú tranquilo que por eso no pasa nada, explicarte un poco lo que te va suceder AU2.H.62

Al igual que los usuarios del estudio de Santa Clotilde et al⁸⁵⁴, entienden que la relación de cuidado depende mucho de cómo esté formada la enfermera, de su forma de proceder. Coinciden con la definición del cuidado hecha por Waldow: “Cuidar consiste en una forma de vivir, de ser, de expresarse. Es una postura ética y estética frente al mundo⁸⁵⁵” y nosotros creemos que también es una formación técnica que se aprende en las aulas^{856,857}

Hay informantes que identifican con cuidado, únicamente la atención que les prestan los trabajadores familiares de los servicios sociales.

Están lavando incluso hablan con ella, porque se pegan de 3 a 4 horas, están hablando con el enfermo le están dando cariño, porque le dan cariño, lo cogen lo besan. Las enfermeras no, ellas hacen sus cosas BU4.M.75

El fomento del autocuidado es otra de las dimensiones que los usuarios valoran. El autocuidado (como valor inherente a cada ser humano, percibido como un deber y un derecho para consigo mismo y con la sociedad) es una estrategia que responde a las metas y prioridades de enfermería. Toma la tendencia hacia el autoconocimiento y empoderamiento del individuo y de la sociedad, de su propia salud y, a su vez, reconoce la presencia de factores culturales, de índole educativa y socioeconómica, que condicionan la agencia de autocuidado e influye en él⁸⁵⁸.

El profesional intenta estimular el cambio en las personas, de una actitud pasiva frente al cuidado de su salud a una activa. Lo que implica que las personas tomen la iniciativa y actúen en busca del bienestar deseado. Pretende lograr cambios de hábitos, costumbres y actitudes frente al cuidado de la propia vida y la del colectivo. Para que esto se dé, se requiere internalizar la importancia de la responsabilidad y el compromiso que se tiene consigo mismo.

Nuestros informantes lo plantean así:

Lo más interesante sería prevenir todas las patologías que se puedan y después curar AU4.M.60
Llevar un control, te dicen lo que tienes que hacer Pero también te aconsejan más cosas: AU8.M.62

El cuidado sitúa al ser humano como centro de atención, implica respeto y tolerancia hacia los otros seres humanos. El lado opuesto de todo ello sería la realización de actividades sin cuidado, el descuido. Hay personas que realizan actividades que no encajan dentro del cuidado y son sólo intervenciones. Paradójicamente encontramos que cuando más visibles son los cuidados son cuando faltan, es decir, cuando sienten que no han sido tratados con sensibilidad. Cuando hay falta de disponibilidad consideran que es un riesgo para su vida.

Alguna asignatura falta para que las personas que son enfermeras tengan esa sensibilidad, ese “no sé qué”, que falta mucho. AU4.M.60

Cuando mi madre [enfermó], la enfermera nunca vino de pronto [sin llamarla]. AU4.M.60

Yo en ese momento necesitaba más ayuda y ella no me la daba. AU 8.M.62

El primer día se lo pasó protestando: “yo te la voy a poner pero mañana le toca a “fulana”. BU5.M.80

Pero es que la enfermera no quiere hacer estas curas. AU 8.M62

Eso va en la conciencia de la persona y eso quién lo va a arreglar, ni el gobierno ni nadie
BU3.M.72

V.3.1.1. B. El relato de los profesionales

También estos identifican las dos dimensiones de los cuidados técnicos e invisibles. Recordemos que en verde (V) están los gestores, en rojo (R) los enfermeros, en azul (A) los médicos y en naranja (N) el personal auxiliar administrativo.

V.3.1.1.B.1.Cuidados Técnicos

En la consulta de enfermería buena parte del tiempo se dedica a lo que en el argot profesional se denominan “técnicas de Enfermería “(extracciones de sangre, electrocardiogramas, espirómetros, curas en botiquín...). Otra de las competencias fundamentales consiste en estar pendientes, vigilantes, valorar el riesgo y prevenir complicaciones. Es necesario realizar actividades orientadas a minimizar la posibilidad de aparición de determinadas enfermedades, sus daños y consecuencias para individuos/comunidades, para la atención de los principios de prevención y protección.

En nuestra zona básica llevamos las consultas programadas de enfermería, programas de dietética avanzada y también llevamos a cabo cirugía menor. Después, se encuentra el tema de las vacunas de los niños, curas, inyectables, las visitas domiciliarias. Además, tenemos muy controlados a todos los pacientes que no pueden acudir al centro, acudiendo al propio domicilio. En lo que se refiere a primaria en esta zona, se hace de todo y tenemos todo bastante controlado GE2M.38.

Aquí en el centro hay extracciones todos los días hasta las 9.30, hora en la que me pongo con los servicios comunes: curas, inyectables, lavados de oído... Y, por último, los sintrones que se llevan a cabo en el centro EB9.M.55

Habitualmente son los inyectables, curas, electros, espirómetros, todo lo que son técnicas derivadas es lo tenemos que hacer nosotros como técnico EB1. H.48

Debe estar vigilante y centinela de todo lo que ocurra, que ella pueda estar para mejorar la vida de las personas que viven en la comunidad. Esos técnicos que necesitan recordar a la gente, una conciencia de hacer lo que se debe para estar mejor. EA1.M.62

De promoción y prevención. La educación para la salud la solemos hacer en la consulta, por ejemplo cuando viene el hipertenso. Ahora hay un grupo de obesos que lo llevan las enfermeras EB9.M.55

En este último planteamiento coinciden con los planteamientos de las asociaciones científicas de enfermería, tanto a nivel nacional como internacional, en los que se propone que las

enfermeras deben ser capaces de identificar las necesidades del usuario deben planificar e implementar medidas protectoras y preventivas en salud.^{859,860,861}

V.3.1.1.B.2.Cuidados Invisibles

La mayoría de las veces “High Tech” ó “El estar pendiente de” y” Hig Touch “ó “Estar con” aparecen unidos y se complementan.

Aparte de limitarse a aplicar las técnicas, también se preocupan por el usuario, qué es lo que necesita, qué problemas tiene. Les escuchan y ayudan dentro de lo posible, además de conocer sus problemas familiares, y laborales. Esto facilita el poder ayudarles o, por lo menos, escucharles, ya que les dedican más tiempo en consulta AD3.M.48

La mayoría de las enfermeras que conozco realizan un trabajo muy bueno. Además de curar las dolencias físicas, también se encargan de las psicológicas por ese trato de cercanía que establece entre unos y otrosAD2.M.54

Una cosa son técnicas de enfermería que por supuesto hay que aprenderlas y hacerlas bien... soy buenísima sondando, pero si soy poco amable con el paciente no estoy haciendo bien mi trabajo EA2.M.55

Es en la consulta donde, la enfermera desarrolla parte de su labor, donde puede establecer la interacción con el paciente y donde se da la acción del cuidado. En 1996 Esperanza Ruiz Arias y María de la O Jiménez Otero escribieron un artículo en el que definieron como había de ser la actividad en la consulta de enfermería, y dijeron que se refiere a “la interacción profesional entre el usuario y la enfermera, en la cual la labor se centra en la ayuda al individuo, al grupo familiar y a la comunidad. Su trabajo consiste en realizar autocuidados de la salud, desde el nacimiento hasta la muerte, mediante un proceso de interacción específico y terapéutico”⁸⁶². Los profesionales, por lo general, aprovechan todos los momentos disponibles en su relación con el usuario para dar mensajes que ayuden a mejorar la salud

En la actualidad el tiempo de la consulta se emplea mayoritariamente en el control de problemas crónicos, los más habituales son: el seguimiento de hipertensos^{863,864,865,866} diabéticos^{867,868,869,870}, y de obesidad^{871,872}.

Las educación para la salud me parece primordial, el trabajo con la gente anciana, la prevención de úlceras, de mirar las necesidades que tienen los domicilios, los fallos que tienen GE3.M.53

Por un lado está la promoción de la salud, del autocuidadoEB1.H.48

El cuidado se supone que es lo que hacemos los enfermeros, siendo los médicos los que curan y los enfermeros los que cuidan. Mi opinión es que los enfermeros proporcionamos más herramientas a la población para que ellos mismos puedan realizar los cuidados. Somos los que enseñamos a los pacientes y no pacientes (porque también tenemos gente sana). EB6.M.52

No solo hay que cuidar a las personas que necesitan un cuidado por su salud, sino que hay que conseguir que las personas que tienen esa salud en sus manos, no hagan nada para deshacerla. Es ahí donde entramos nosotros, siendo los técnicos que necesitan recordar a la gente lo que es necesario para encontrarse mejor EA2.M.55

Es ese el poder que tienen los enfermeros comunitarios, el contacto con la familia EB6.M.52

Intentar involucrar a la familia, enseñarles a cuidarse...Teniendo en cuenta que esto último es lo más difícil EA6.M.60

En el área de infantil se hace hincapié, sobre todo, en el fomento de la lactancia materna⁸⁷³ y la cobertura de vacunas⁸⁷⁴, en el apoyo a la salud materna⁸⁷⁵ y familiar⁸⁷⁶. Dependiendo de las comunidades de las que hablemos, encontraremos enfermera de pediatría o no. Por ejemplo, si nos ceñimos a las dos aéreas de este estudio, encontramos que en Navarra sí hay enfermera de pediatría, pero no así en Sevilla.

No hay enfermera de pediatría, sino que se encuentra el programa de niños sanos y de vacunas. Es un lujo tener un enfermero dedicado exclusivamente a la pediatría. Si hubiese aquí, estaría todo el mundo muy contento EB9.M.55

La atención al medio ambiente y al entorno es uno de los objetivos que debe tener la enfermera, es en el domicilio donde la enfermera comunitaria ha encontrado su campo de actuación por excelencia. Los cambios sociales y el progresivo envejecimiento de la población han dado lugar a un aumento de pacientes con problemas crónicos. El domicilio permite conocer a las personas, no solo los factores ambientales sino que además permite conocer a las familias y a su forma de relacionarse, y nos da pistas de cómo estas manejan las diferentes situaciones de salud - enfermedad. Da seguridad a la población de mayor edad, que debido a las rápidas transformaciones sociales, cada vez está más sola, y desamparada.

Cuando entras a una casa sabes perfectamente lo que te dicen y si es verdad o no. Mucha gente que acude a consulta se sabe todos los folletos que les damos de memoria. Llegabas a sus casas, mirabas el frigorífico y ya te dabas cuenta que la cosa cambiaba. GE3.M.53

Atender a cuidados generales que no solo a la enfermedad, ver a la persona entera y en su entorno EA1.M.62

Atiendo en domicilio diariamente a unos cuatro o cinco, dependiendo del día. Los sintrones, las curas y los inyectables a domicilio los realizo cuando he terminado con los del centro EB9.M.55

Las personas mayores deben estar bien atendidas, que no se vean desamparadas EA6.M.60

También es importante conocer a las distintas generaciones de padres e hijos. EB6.M.52

Se puede establecer desde la persona sana hasta la persona enferma e, incluso, hasta en los cuidados a la persona terminal, dándole tanto cuidados como prevención, para conseguir la salud y el cuidado para una muerte digna EB2.H.53

En la Comunidad, la mayoría de las intervenciones se llevan de forma voluntaria y se ciñen, mayoritariamente, a realizar educación para la salud en los colegios y algunas actividades puntuales con otros grupos y colectivos, como asociaciones de mujeres y club de jubilados. El tema de la educación en la escuela es un tema controvertido dentro de la comunidad científica y no hay unanimidad, pues existen dos tendencias, una que aboga por la figura de una enfermera profesional de manera continua en las escuelas y otra que opta por la de la enfermera comunitaria.⁸⁷⁷ Nuestros informantes son partidarios de que sea la enfermera comunitaria, aunque reconocen que hay muchas dificultades para llevar a cabo esta actividad. Consideran que desde las gerencias no se potencia este tipo de intervenciones y llevarlas a cabo es muy complicado, puesto que depende de exista o no una coordinación con los otros compañeros. Aun así, se va a los colegios, se trabaja con adolescentes en prevención de drogodependencias y educación sexual etc.

En el programa figura una sola sesión, aunque este año subieron los objetivos a dos horas a la semana... hago más. Tienes que estar constantemente pidiendo favores EB4.H.48

En el instituto realizo unas pequeñas consultas una vez a la semana relacionada con los temas de sexualidad, drogas o adicciones EB1.H.48

La promoción de la salud fue considerada en la carta de Ottawa como “el proceso que capacitaba a las personas y a los individuos para actuar en la mejoría de su calidad de vida y salud, incluyendo una mayor participación en ese proceso⁸⁷⁸”. Esta promoción también ha sido apreciada como prioritaria⁸⁷⁹ entre las habilidades del cuidado y contribuye a la mejoría de la calidad de vida y al bien común de la sociedad. Nuestros informantes así lo perciben, siendo sus juicios corroborados en su día por Ribeiro Cunha, Resende Machado R.M, Cueva Moreno y otros^{880,881, 882} Y también consideran fundamental la educación para la salud como parte del trabajo de la enfermera en atención primaria,⁸⁸³ tanto a nivel individual como grupal.

Nuestros informantes profesionales se ajustan a la tesis de Kérouac⁸⁸⁴ y la propuesta de González López en 2001⁸⁸⁵, sobre los retos en atención primaria para el milenio. Ambos coinciden en que para mejorar no sólo se ha de atender la enfermedad, sino que hay que tener también en cuenta el entorno y ver a la persona de forma holística. Pero también coinciden con Salazar Agulló,) en que la atención a la dependencia, especialmente para pacientes

inmovilizados y terminales, es uno de los objetivos prioritarios de la competencia profesional de las enfermeras comunitarias de hoy en día⁸⁸⁶.

Refieren que las enfermeras hacen de todo, es decir que son como el hilo conductor de la organización sanitaria, es una profesional que ha de tener don de gentes para poder trabajar en equipo, es la que vela por el paciente en todo momento y hace de enlace entre este y los demás miembros del equipo sanitario. Debe de dominar muchos campos, ha de ser buena administradora, realiza todo tipo de técnicas aplicadas a la salud, experta en curas, psicóloga, secretaria, socióloga, nutricionista, recadera, inventora, etc. Es un trabajo imprescindible en una organización sanitaria pero lo hace una manera que pasa desapercibido, sólo es reconocido cuando por alguna razón deja de hacer alguna de las funciones. Entienden como una forma de ayuda integral, que engloba apoyo también el apoyo psicológico, como una forma de procurar bienestar evitando al máximo las molestias al paciente.

El cuidado lo es todo EA1.M.62

Estamos para todo, ellos vienen a pedirnos ayuda, si tienen un problema, (por ejemplo, que la madre está mayor y no saben qué hacer) ellos vienen a que nosotros les ayudemos. Estamos ahí, porque a nosotros viene algún familiar, con un alta hospitalaria en busca de su enfermera, a preguntar: ¿Ahora qué hago? GE1.H.52

Pinchar bien, que a la gente no le duela... la sonda con la mínima molestia posible; hay que ser de todo, psicóloga, confesora. Yo muchas veces digo: "Ya tengo abierto el confesionario". EA2.M.55

Cuidar del estado físico, psíquico, de intentar adelantarme igual a situaciones, prevenir si es posible, poner remedio. Y si no lo hay, contemplar a ver qué se puede hacer. EA3.H:52

Pires⁸⁸⁷ dice que debe de tenerse en cuenta la diferencia entre lo que es medicina y enfermería, entendiendo la primera como (diagnóstico e intervención en la enfermedad) y lo que es enfermería ,la búsqueda del bienestar de los seres humanos, proporcionar confort y seguridad⁸⁸⁸. Coinciden con las dimensiones de cuidado invisible que fueron identificadas en la revisión del 2010 por Germán y Hueso^{889,890} y también Pico Merchán, cuando esta hace referencia a las enfermeras como "toderas"⁸⁹¹, en el sentido de que la enfermera ha de ser "multifuncional" .

Aunque a algún informante le resulta difícil explicar con palabras la función de la enfermera en atención primaria, la conclusión general es clara, consideran que la escucha es fundamental.

Es tener disponible una serie de herramientas, de conocimientos que me permitan no solo vigilar, sino también acompañar, asesorar, decir lo más apropiado en cada momento e intentar que la gente mantenga unas pautas. Se trata de algo complicado de explicar. EA1M.62

Es estar ahí, acompañar, ayudar, suplir cuando sea necesario, potenciar. Poner lo que le falta al paciente para que él pueda ir saliendo adelante... EB7M.38

Creo que la gente, a veces, viene con un problema y no tienes una solución, una pastilla mágica. Pero solo el hecho que se estén un rato contigo y sientan que los estás escuchando, quizás les hace aliviar por un momento el dolor. Para mí es fundamental, EA3.H.53

El hecho de que tengas una persona delante y le escuches, es una situación privilegiada porque conoces a esa persona desde muchos ámbitos, desde prácticamente todos. Entonces es muy importante EA1.M.62

Coinciden con Waldow⁸⁹² y Kuerten Rocha⁸⁹³ que consideran que cuidar no solo es un procedimiento o una intervención, sino más bien una relación de ayuda, respetando y comprendiendo al otro, y para ello es preciso saber lo que el otro necesita y cómo puede ser ayudado. Coinciden también con los profesionales de los CS de Sevilla, del estudio de Guerra Martín de 2006, consideran que tiene que poseer una serie de valores, tales como compasión, justicia o respeto⁸⁹⁴. Por tanto coinciden con Leonardo Boff, que dice que cuidar va más allá de un acto, que es una actitud⁸⁹⁵.

Con relación a la importancia que le dan a la escucha coinciden con varios autores como son: Quintero⁸⁹⁶, Hernández Vergel⁸⁹⁷ y Nascimento et al en su análisis de las tesis brasileñas sobre el significado del cuidado⁸⁹⁸, y con los estudios de Baggio⁸⁹⁹ y Queiroz⁹⁰⁰. Finfgeld-Connett del 2007⁹⁰¹ o como los trabajos de Pico Merchán 2005⁹⁰², Medina 2005⁹⁰³, Báez Hernández 2009⁹⁰⁴ y Urbina Faraldo⁹⁰⁵.

Cuidar es dar seguridad, apoyo, consuelo. También dar confianza, el verbo confiar hace referencia al hecho de estar tranquilo respecto al comportamiento de alguien, al considerarlo honrado, leal y eficiente⁹⁰⁶. Al igual que los usuarios, los profesionales coinciden con el planteamiento de Nigthingale⁹⁰⁷, en la cuestión de la confianza. La presencia también es importante, la cercanía, la disponibilidad, es valorada por lo profesionales como fundamental en la relación de cuidado.

La población también necesita sentir a alguien cercano, alguien a quien poderle contar sus problemas EB1.H.48

Como asesoramiento, asistencia, curas, de ir a ver a un señor mayor a su casa, de proporcionar consuelo, de aliviar una situación o de disminuir tensión. De quitar miedos, quizás... una relación más cercana, de confianza EA4.M.56

Es fundamental la relación con el pueblo. Que tengan confianza en ti y que te busquen cuando realmente te necesitan. Es muy importante esto, no solo hay que limitarse a prestar el servicio EB2H.53

Autores como Bishop, Scudder o Gaut. Todas citadas por Waldow⁹⁰⁸ corroboran esta visión que consideran imprescindible en la relación con el paciente.

Algo en lo que coinciden tanto profesionales como usuarios y que no ha cambiado en estos años, es la percepción del cuidado y el tiempo necesario para ello. Para realizar un buen cuidado de los pacientes es necesaria la calidez y dedicar tiempo a ellos.

Muchas veces es necesario perder mucho tiempo, cosa muy complicada porque, en ocasiones, no se dispone de él EA3H.53

A los sitios solo hay que llegar y sentarse a hablar un poco con las personas EB7.M.38

Aunque no tengas tiempo, en estos casos siempre lo encuentras EA6.M.60

Todo requiere tiempo, requiere que te vayas ganando la confianza del paciente. EB6.M.55

En este planteamiento coinciden con Agüero Caro, M⁹⁰⁹ y Báez Hernández⁹¹⁰. Vélez Álvarez manifiesta que el acto de cuidar exige la temporalidad, la afluencia de instantes de compañía con la persona que es cuidada. En algunos casos, el solo hecho de compartir tiempo ya es un acto de cuidar, porque en la compañía se dona seguridad y confianza. De esta manera, el tiempo es fundamental en el cuidado a partir de la existencia corporal del ser humano⁹¹¹. En su artículo, hace referencia al sentido de curar, que es el tiempo el que muestra la normalidad del cuerpo. Consiste en devolverlo a la norma, a lo funcional.

V.3.1.2. A modo de Resumen del Reconocimiento

A modo de síntesis, podemos decir que el reconocimiento indica las identidades de las mujeres y hombres y sus profesiones en la sociedad. La identidad se construye con los diversos roles que jugamos en la vida, en el ámbito personal y en el trabajo.

Consideran importantes las dos dimensiones del cuidado planteadas en nuestro marco teórico, por una parte las corresponden a la dimensión más tangible ó Hig Tech que nosotros denominamos Estar Pendiente, como curas, inyectables y otras técnicas, pero dan tanto o

mayor valor a las acciones de cuidado intangibles que se corresponden con el High Touch ó “estar con” como prevenir, promoción de hábitos saludables y educación, dar apoyo, acompañar, escuchar, etc.

Los usuarios acuden a los centros de salud para la realización de procedimientos técnicos, pero también buscan disponibilidad para ayudarles a encontrar alivio y confort en sus problemas, ser escuchados con paciencia y cercanía, buscan consejo para poder realizar mejor su autocuidado, con buen trato, con conocimiento y habilidad les ofrezca la confianza, para así poder mejorar su calidad de vida.

En el discurso de los profesionales, encontramos que también consideran importantes las acciones de cuidado relacionadas con aspectos técnicos como curas, inyectables y otras técnicas que son más intangibles como prevenir, promoción de hábitos saludables y educación, pero dicen que en su trabajo además son imprescindibles las acciones de cuidado relacionadas con dar apoyo, acompañar escuchar, estar disponibles.

En el discurso de los informantes se comprueba que el rol que los usuarios identifican con los profesionales de Enfermería Comunitaria es el de especialista en cuidar, en el ámbito de la Atención Primaria, y coincide que es el que los profesionales entienden que deben de ofrecer.

Por tanto queda claro que el cuidado así entendido debería dar la verdadera identidad al rol de la Enfermera Comunitaria.

V.3.2.Representación

Fraser propone que para que de verdad haya justicia, además de redistribución y de reconocimiento, debe de haber la posibilidad de participación igualitaria entre los individuos del grupo social. Superar la injusticia significa dismantelar los obstáculos institucionalizados que impiden a algunas personas participar en condiciones de igualdad con el resto, esto es, como partes de pleno derecho en el proceso de interacción social la representación es una cuestión de pertenencia social.

La representación significa la iconografía, el simbolismo, las imágenes de los "media", la representación mental de lo realizado por mujeres y hombres. Desglosado en: Subordinación-sumisión, Idealización, Autonomía-dependencia conceptual, Prestigio-invisibilidad. La media no sólo representa el cuarto poder e intenta hacer la agenda de los políticos, sino que se convierte en el verdadero reproductor y productor de los estereotipos de género según convenga a los poderes dominantes políticos y/o económicos.

Martin Robledo dice que los factores que han influido en el desarrollo de la enfermería comunitaria han sido diversos⁹¹².y C. Domínguez, citado por Calma Vicente⁹¹³ dice que "No ha sido únicamente el hecho de ser enfermera (un colectivo de mujeres en su mayoría) la causa de su falta de autonomía y de reconocimiento, sino que han sido diversas y complejas como han sido el propio desarrollo histórico de la profesión y la relación con la medicina".

Para comprender la situación actual de la Enfermería Comunitaria es importante entender la visión tanto de los usuarios como de los profesionales. Analizaremos diferentes variables como son; los antecedentes en las reformas sanitarias, la influencia política, y su consecuente influencia en las reformas políticas, las relaciones que se establecieron entre médicos y enfermeras en los centros de salud, y la supremacía de los paradigmas biotecnológicos, tratando de analizar cómo han afectado a la autonomía de las enfermeras, a su visibilidad de las y a su poder.

V.3.2.1.Los Antecedentes. Reforma sanitaria los nuevos Centros de Salud

La apertura de los centros de salud inicialmente proponía un cambio radical de la mentalidad que los profesionales y la población había tenido hasta entonces. La atención sanitaria debía

tener como eje la salud y no la enfermedad, por ello la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad se convirtieron en prioritarios. El usuario (antes “paciente”) se convertía en el centro del sistema; el trabajo individual se sustituía por el trabajo en equipo; la historia clínica (de salud) debía abarcar desde el nacimiento a la muerte y no limitarse a registrar episodios morbosos de manera puntual, y se debía actuar bajo el enfoque de riesgo, es decir, se ofertaban más servicios a los más necesitados, aunque no los demandasen (las vacunaciones infantiles o las campañas preventivas son un ejemplo de ello)⁹¹⁴.

Los centros de salud debían dar cobertura a una población de unos 25000 habitantes y su finalidad no era otra que resolver la necesidad de esa población. La filosofía giraba en torno a la cercanía. Se instaba a los profesionales a hacer diagnósticos de salud para ver cuáles eran las necesidades y los problemas de salud.

Se abrieron muchos centros de salud y se crearon muchos puestos de trabajo, tanto para enfermería como para medicina. Las condiciones del cambio fueron diferentes en las zonas urbanas de las rurales.

En las zonas urbanas, los antiguos ambulatorios fueron reconvertidos en centros de salud. En ellos trabajaban A.T.S, mayoría mujeres y algunos practicantes. Hasta entonces, el trabajo de las A.T.S. había sido el de auxiliar del médico, eran sus asistentes las que organizaban la consulta y realizaban algunos procedimientos técnicos, como ECG, inyectables y extracciones, el de los practicantes, era el de poner inyecciones, sobre todo.

A los profesionales de los ambulatorios se les dio la opción de cambiarse a los nuevos centros reformados, aunque al principio no a todos, ya que los nuevos gestores, algunos de ellos enfermeros muy jóvenes, cuestionaron la capacidad profesional de las enfermeras de ambulatorio para asumir las nuevas competencias a realizar en los nuevos Centros.

En las zonas rurales los médicos y los practicantes pertenecían a la Asistencia Pública Domiciliaria (APD) con asignación de un cupo de cartillas del Seguro Obligatorio de Enfermedad, bien como Médico o como practicante de zona del Insalud. Hasta entonces el trabajo que realizaban consistía fundamentalmente en hacer técnicas de botiquín derivadas de las órdenes del médico, que se debían de cumplir de forma estricta. Su trabajo consistía, principalmente, en poner inyecciones tanto en consulta como en domicilio, en el que también atendían casos de terminales, debido a que la red de hospitales públicos en los años setenta y ochenta no era como la conocemos hoy en día. La consulta generalmente estaba situada en su propio

domicilio y duraba dos horas al día, pero debía de estar localizables y disponibles 24 horas, 365 días al año. Ellos mismos se tenían que encargar de adquirir el material de curas, los aparatos de esterilización, las jeringas de plástico, etc.

Fue a principios de los ochenta cuando en Navarra y en Andalucía se empezaron a notar los cambios hablados, cuando les dijeron que debían hacerse cargo de la cuestión de las vacunaciones. Más tarde, vino la construcción de nuevos edificios como centros de salud y consultorios locales, equipados con todo tipo de material.

El cambio para todos fue un gran desafío, en muchos centros, durante mucho tiempo, convivieron profesionales de nueva incorporación con los antiguos que ya estaban en los ambulatorios o en su consulta rural.

Todos tuvieron que acostumbrarse al nuevo modelo, debieron aprender a trabajar en equipo, a plantear los temas de salud de forma colectiva. La reforma en general fue muy bien acogida por los practicantes y enfermeras, y no tanto por algunos profesionales del colectivo médico. Para los enfermeros del ámbito rural el cambio fue una liberación, ya que dejaron de tener que estar disponibles las 24 horas. Se implantó un sistema rotativo de guardias de presencia física en el centro de salud que cubrían las urgencias de una zona básica las 24 horas del día.

V.3.2.1 A. El relato de los usuarios

Estaban con el médico para hacer las recetas. Hacía las labores típicas de una secretaria AU5.H.62

Estaban como un simple adorno, solo hacían lo que les mandaba el médico BU2 H.80

V.3.2.1. B. El relato de los profesionales

La enfermería ha cambiado muchísimo en la experiencia y en la formación de las enfermeras. En estos 25 años era se ha pasado del blanco al negro. Hace 25 años, enfermería se centraba en el botiquín y poco más. Por otro lado, la relación entre médico y enfermera apenas existía, cada uno aislado en su consultorio. Sin embargo, en los centros de salud se crearon la unidad médico y enfermera y se empezó a colaborar en conjunto GM1.H.60

Al principio era ATS, más tarde hicimos la convalidación a diplomado y, por último, salieron los CS. Fue estupendo pasar a trabajar junto al médico. Desde entonces todo ha ido a mejor: hemos mejorado en calidad de vida, y también económicamente. Nos trajeron el aparato de electro, aparatos de glucemia, material fungible, etc. EA1M.62.

En los ambulatorios lo que hacíamos, de manera estricta, era escribir recetas. EB8M.57

Éramos ayudantes y nuestra labor consistía, generalmente, en poner los tratamientos, las curas que él decía. Era importante no desviarse y atender siempre a las indicaciones del médico, que es el que mandaba. Todo nuestro trabajo era delegado, indicado por el médico. Venían para mirarse la tensión, ponerse la medicación, a curarse. Entonces no se trabajaba tanto con historias clínicas, ni quedaba registrado aquello que hacías EB2.H.53.

Los medios que poseíamos eran escasísimos y privados. Te tenías que comprar desde el aparato de tensión, hasta las jeringas, el esterilizador, el algodón. También te tenías que hacer con el local porque, como mucho, los ayuntamientos ponían un local para la consulta del médico. Lo establecido es que estuvieras dos horas y media de consulta diaria estipulada con horario, además de las 24 horas, los 365 días del año, disponible EA3.H.52

Se vivían situaciones casi degradantes. Una vez me tocó vivir una situación con el médico de turno cuando le decía a un compañero “canta” y eso significaba que dijera “el siguiente”. Llegué a tener un serio problema cuando me incorporé al centro de salud de un ambulatorio y una de mis tareas era ponerle la bata al médico EB8.M.57

Nosotras no pudimos cambiarnos porque éramos enfermeras de ambulatorio y se creaba personal nuevo de enfermería para asistencia primaria. Fuimos al curso con la intención de poder cambiarnos. Al principio, nos miraron con mala cara y nos comentaron que la cosa estaba difícil. Y aunque mi opción era el quedarme en A.P., comprendo que quizás nos vieran viejas, ya que íbamos con otra de unos 20 años EA6.M.60

V.3.2.2. *La Formación*

Sheehy, citado por Maya en 2003⁹¹⁵, identificó dos tipos de personas que desempeñan una función esencial en el desarrollo del yo profesional: el “mentor” y el “ideal a imitar”. El mentor es un amigo de confianza elegido por el alumno. Es, por lo general, diez o veinte años mayor, ayuda al aprendiz y lo guía en su realización. El ideal a imitar, por su parte, haría referencia a aquellas personas que le dieron a conocer la disciplina durante todas sus fases de formación. En el caso de las Enfermeras Comunitarias no hubo referente al que poder “imitar” puesto que los antecedentes más cercanos se remontaban a la experiencia de las enfermeras visitadoras de la época de la II República.

El decreto 137/1984 especificaba cual debía de ser la labor de la enfermera. Desde el ministerio de sanidad se editaron unas guías en las que se especificaba el fundamento que debía de tener la atención primaria, el contenido de los diferentes programas, una de estas guías estaba dedicada, específicamente, a explicar el rol de la enfermera en Atención Primaria⁹¹⁶. Desde las direcciones de área se reunió a las ATS de los ambulatorios que iban a pasar a los nuevos centros y a los practicantes de las zonas rurales; se les informó de los objetivos de la reforma y posteriormente se les dieron unos cursos de formación. La mayoría

de estos profesionales habían sido formados en los planes de estudio de ATS, fue en los cursos de convalidación para obtener el título de diplomado, cuando empezaron a oír hablar de Consulta de Enfermería y Atención Primaria. En la formación de los enfermeros jóvenes educados en los nuevos planes de estudios de la enfermería universitaria, se incluía formación en Educación para la salud, Salud Pública, etc.

Los informantes cuentan que había una gran labor que realizar, pero que eran tantas las actividades que debía de desempeñar la enfermera en Atención Primaria, que sus funciones no quedaron bien delimitadas. Su experiencia con relación a la formación que se les dio, es que la formación fue insuficiente. En algunos aspectos sintieron que necesitaban más apoyo, y tuvieron que hacer un gran esfuerzo personal en autoformación. El cambio fue más fácil para los centros de nueva creación que para los transformados, pues al personal de estos últimos le costó más adaptarse a los cambios. Conforme fueron llegando nuevos profesionales jóvenes, el nivel de formación fue aumentado. A partir de la década de los 90, en las escuelas de enfermería se empezó a dar la asignatura de Enfermería Comunitaria⁹¹⁷. Dos de nuestros informantes consideran que la formación que tienen hoy en día los jóvenes profesionales les otorga la capacidad necesaria para trabajar en AP, y es muy superior a la que ellos tenían en su día, consideran también que es fundamental la experiencia de las prácticas y las ganas de cada persona.

La demanda de exigir mayor formación para acceder a una plaza en Atención Primaria fue una constante casi desde el inicio de la reforma por parte de los profesionales, esta demanda fue tomando mayor intensidad a partir de la creación de las primeras asociaciones científicas⁹¹⁸. Este fue un tema debatido entre el colectivo profesional, ya que algunos los sindicatos no siempre estuvieron de acuerdo⁹¹⁹, ya que consideraban que suponía cerrar la puerta a los traslados desde otros ámbitos asistenciales.

La no exigencia de formación especializada facilitó el trasvase de profesionales no solo desde los ambulatorios, sino que, poco a poco, se fueron cubriendo las plazas vacantes con traslados desde el ámbito hospitalario⁹²⁰. El estudio de García Márquez de 2008, dice que de cara a la oferta pública de 2002 del SAS, de diez enfermeras que se trasladaron del hospital, nueve lo hicieron a primaria⁹²¹.

En el área de Tudela, alrededor del 80% de las plazas se cubrieron por traslados. La mayoría del personal se ha adaptado al modo de hacer, pero ha habido casos en los que regresaron porque no encontraron lo que esperaban.

Los gestores entrevistados opinan que la formación especializada es muy necesaria para trabajar en primaria debido a que la formación que reciben en las escuelas es totalmente hospitalaria. Consideran que pedían el cambio a Atención Primaria para mejorar sus condiciones laborales. Dicen que para favorecer su adaptación se hizo un importante esfuerzo de formación para el reciclaje. En otros países la formación que se requiere para trabajar en Atención Primaria es muy exigente, por ejemplo en Inglaterra, donde existen diferentes modalidades de enfermeras que trabajan en Atención Primaria, la Nurse Practice tiene una formación especializada de tres años⁹²².

V.3.2.2.B. El relato de los profesionales

Se comenzó a formar, a planificar la consulta de enfermería y la consulta de medicina, y siempre ha habido una buena relación. Fue a partir de ahí cuando se siguieron pactando cosas, dando lugar a la aparición de la consulta de enfermería propiamente dicha, con sus actividades específicas GM1.H.60

Lo primero que oí de la A.P. fue en una especie de curso en Castell Ruiz que dio un médico cubano que trajo el Gobierno de Navarra, como forma de introducir esta nueva modalidad en la provincia. Más tarde nos mandaron a Tafalla donde vimos como era un Centro de Salud Vimos cómo funcionaban las administrativas, los trabajos que realizaban, pero no llegamos a ver la atención al paciente EA6.M.60

Al personal del centro de salud de Buñuel les informaron de la noche a la mañana. Fue decirles: “desde mañana sois centro de salud y tenéis que trabajar de otra manera”. Yo estuve una semana para hacer el cambio al centro nuevo. Mañana y tarde. Solo se dio una charla en Pamplona sobre atención integral del anciano, pero luego volvías aquí y no disponías de los medios necesarios. Si que nos enseñaron a utilizar la historia clínica, qué datos y cómo se tenían que recoger EA2M.62

Yo no había hecho nada de consulta de enfermería, solo tenía conocimiento por los libros que había leído sobre el tema. En los estudios cuando la conversión, en La primera promoción de Diplomatura, nos vendieron la moto muy bonita diciendo que íbamos a llegar a ser casi médicos. Después se vio que no era todo tan bonito EB2.H.53

En los cursos de preparación para las oposiciones te hablaban de la declaración de Alma Ata, salud para todos en el año 2000, las nuevas líneas de la sanidad, lo que se quería hacer en la reforma sanitaria y hasta donde se quería llegar, como se iba a potenciar la enfermería EB2.H.48

Vine aquí desde el hospital y nadie me dio formación. Me las tuve que apañar como mejor supe EB9.M.55

La formación que tengo de la escuela era muy distinta a lo que vino después. En mis tiempos, era poca teoría y mucha práctica. Esa formación me la he tenido que buscar en el día a día. No tuve formación para pasar a primaria. Nadie me preparó para llegar allí, solo los libros, las ayudas de las compañeras y unos cursos que iba realizando. Tú debes preocuparte de tu autoformación y gestionar tus actividades EA4.M.56

Desde mi punto de vista, ahora que se ha ampliado la carrera de enfermera a 4 años, tendrían que pasar por consulta, desde el primer momento, todas aquellas personas que por su actividad querrían dedicarse a la Atención Primaria. El 99,9% de la formación es hospitalaria. Considero que es necesaria la especialidad de comunitaria dentro de la carrera de enfermería. No tiene nada que ver la Atención Primaria con la hospitalaria, ni la formación tampoco. GM1. H.60.

Hemos sufrido dos ataques de traslado de enfermeras que venían del hospital, porque era una forma más de ir de mañana, y además eran 6 horas y no 7. Con el decreto montamos montones de talleres, cursos, meter en el coco a las enfermeras de la personalización, de no salir uno de ruta y hago yo las curas. Teníamos que cambiarles el chip. Con el paso del tiempo, la gente se ha embebido perfectamente del espíritu de atención primaria y ha sabido llevar a cabo su trabajo perfectamente. Es más, las personas que más han hecho por la atención primaria es la gente que ha venido del propio hospital GE4.M.55

La opinión de nuestros informantes coincide con la de otros autores que también opinan que las funciones nunca estuvieron claras, que no llegaron a definirse claramente los contenidos de las Consultas de Enfermería (CE). Las actividades de promoción, prevención y educación sanitaria no se han desarrollado de forma concreta y, además, hay muchos autores que dicen que no está claro lo que el sistema quiere de la enfermería.^{923,924,925,926} Como hemos visto en el apartado uno de los resultados de este trabajo, costó mucho conseguir el reconocimiento de la especialidad, y a día de hoy todavía no es un requisito para acceder a una plaza de Enfermería Comunitaria.

V.3.2.3. La construcción de un Rol Profesional Autónomo.

La autonomía ha sido un tema importante que ha preocupado a la profesión, tanto para la definición de sus desafíos y objetivos como para la forma en cómo las enfermeras se relacionan y se presentan de cara al equipo de salud y a la sociedad en general⁹²⁷. Partimos de que la autonomía profesional se define como la creencia centrada en el cliente cuando se toman decisiones responsables, ya sea de forma dependiente o interdependiente, que reflejen la opinión del cliente. Esto fue desarrollado desde la filosofía y la psicología evolutiva, que expresa la capacidad para darse normas uno mismo sin influencias de presiones externas o

internas. Constituye la base del desarrollo institucional que implica la calidad o condición de ser independiente y autodirigido, especialmente en la toma de decisiones. Esto permite a los profesionales ejercer con autonomía su propio criterio según lo que entiendan por adecuado en el desarrollo de sus trabajos.

La autonomía de la enfermera se ha interpretado como un indicador de la profesionalización de la disciplina e identificado como una variable importante, que afecta a la percepción de la enfermera en relación con su satisfacción del trabajo y la calidad del cuidado de enfermería⁹²⁸. Según Camargo y Caro⁹²⁹ la autonomía en enfermería se ha descrito como la disposición comprendida por los enfermeros para actuar como una profesión responsable y seria (donde se enfatiza la dependencia entre los enfermeros y los clientes). Según la OMS⁹³⁰, este término lleva implícito el enfrentar los retos y desafíos permanentemente en su práctica social. El objetivo es que sus acciones de cuidado produzcan satisfacción en quienes las reciben, para contribuir a visualizar y reconocer el papel preponderante que tiene la enfermería en los equipos de salud. En el futuro se espera alcanzar el nivel de autonomía suficiente como para llevar a cabo el desarrollo e implementación de los programas de Atención Primaria en salud.

El concepto de autonomía se fundamenta en el dominio del conocimiento, el reconocimiento de la capacidad de usar ese conocimiento de una forma efectiva y creativa. Es considerado como un elemento fundamental para superar la duda de ser autónomos o no profesionalmente

En el desarrollo de la autonomía en la Enfermera comunitaria, además de los antecedentes históricos y de formación que hemos visto se contemplan otros como son la política, la supremacía del paradigma biotecnológico y las relaciones profesionales.

V.3.2.3.1. Políticas Sanitarias

Se considera que la influencia de la política ha sido, y es, muy importante. Estas influencias se han notado en el enfoque que se da al trabajo de la enfermera. Los informantes opinan que ha habido un cambio de filosofía con relación a lo que se pide del trabajo de las enfermeras.

Estas políticas sanitarias, como en todas las sociedades occidentales, han diseñado un modelo sanitario biotecnológico, impidiendo el desarrollo de otro tipo de actividades preventivas, y

por tanto este centralismo en la forma de atender la salud impide el desarrollo de otras disciplinas⁹³¹. Se ha producido una hipermedicalización de la sociedad⁹³²

El cumplimiento del ambicioso objetivo de alcanzar la salud para todos en el año 2000, no ha llegado a materializarse, hoy en día el trabajo de la enfermera está muy entrado en la gestión de la enfermedad, la demanda supone la práctica totalidad de la actividad asistencial de los médicos de familia, estos consideran, de forma generalizada, que soportan un exceso de presión asistencial. La delimitación de las funciones es uno de los temas de debate entre los profesionales. Por lo general, las enfermeras realizan consultas programadas dirigidas a pacientes crónicos y dedican buena parte de su tiempo de trabajo en el centro, a consulta dedicada a realizar curas o administrar medicaciones derivados del médico.

Algunos consideran que este modelo de atención ha sido poco resolutivo, que no ha conseguido el objetivo de hacer más autónomos a los pacientes, consideran que bien al contrario, les ha hecho más dependientes del sistema sanitario. Miguélez Chamorro,⁹³³ directora de Enfermería en la gerencia de Atención Primaria de Mallorca, dice que existe un alto número de crónicos y de ancianos que han delegado por completo el cuidado de su salud en el sistema, consumiendo el 70% del gasto sanitario. Considera que hay usuarios que acuden al sistema por cualquier nimiedad y que, sin duda, con más y mejor Educación Sanitaria hubieran podido solucionarse muchos problemas. Afirma que el Sistema Sanitario no ha sabido (o no ha podido) adaptarse a los cambios de la sociedad actual, y no ha facilitado respuestas adecuadas y sostenibles, para ella el problema radica en el mensaje que desde hace años se ha dado desde la administración, es que se ha aconsejado a no auto medicarse y a consultar con su médico. Y la población obediente es exactamente lo que ha hecho: acudir al médico para todo, saturando el sistema sanitario.

Con relación a este tema los usuarios no se han manifestado.

V.2.3.1. B. El relato de los profesionales

La política influye en la actividad sanitaria, muchísimo. A nivel político se establecen las líneas generales que van a servir en sanidad, el tema presupuestario es fundamental. Tú no puedes hacer nada si no cuentas con el presupuesto. El hecho de que a nivel político se priorice unas líneas de trabajo u otras, con su correspondiente presupuesto, eso es lo que determina el éxito o el fracaso de una línea de trabajo. La influencia política es importantísima en el tema de salud: según quién o qué color político está gobernando, priorizará una serie de cosas, de

líneas, quitará otras. Mucha parte de nuestro éxito o fracaso depende de eso, de la importancia que le dé el político que está en el poder en ese momento GE1.H.52

Cambio para la promoción de la salud. El problema es que esa cartera se ha ido engordando con más servicios, con los mismos recursos y los mismos profesionales, entonces la carta económica no se acompaña a la carta de la cartera de servicios. Y luego, a la hora de los incentivos económicos, se ha primado demasiado el peso que tiene la cartera.GE4.M.55.

La política, aquí lo mismo con uno que con otros todos han ido a lo suyo hemos estado mejor con los socialistas que con la derecha. Para mí se han conseguido más cosas con los socialistas que con la derecha MD2.H.65

También creo que a nivel político la cosa tiene algo que ver, porque esta idea fue un momento en el que estaba el PSOE, que le dio una especie de impulso a este tipo de trabajo y de enfocar la sanidad. Por su parte, el PP también ha recortado. Las directrices políticas influyentes pueden impulsar más, como en todos los sitios. Tú en tu casa tienes este dinero y dices pues me lo gasto en viajar, en joyas o en muebles. El político hace lo mismo. Veo las cosas bastante negras por varios motivos: políticamente, vamos otra vez a la derecha que no están mucho por este tipo de funcionamiento. También veo mucha privatización EA2.M.55

Cuando se trata de cumplir las directrices del político de turno, que hay que llevar un determinado programa porque hay que vender pastillitas y hacer tiritas de Sintrom, automáticamente te lo imponen. Pero cuando sale de nosotros, te dicen que no, que tienes que establecer tus programas con el director del centro EB4.H.48

Se encuentra muy desarrapada por unas directrices que vienen de arriba. Para ser buen enfermero tienes que acatar y ahora, además, dicen que esto tiene que estar al gusto del político EB3.H.52

V.3.2.3.2 .Relaciones Profesionales

En la construcción de la autonomía profesional influyen factores externos, como la interferencia de otras personas en las decisiones del enfermero, la dependencia de otros para realizar alguna actividad y los factores económicos, sociales y políticos y que precisan ser aprendidos.⁹³⁴

A nadie se le había educado para saber trabajar en condiciones de igualdad con los otros. El equipo de salud era el eje central del organigrama, se pasó de trabajar de forma individual a trabajar en equipo. Para las enfermeras, supuso pasar de depender jerárquicamente del médico a formar parte de un equipo.

En los centros que se crearon nuevos, llegaron personas frescas, sobre todo médicos que ya habían estudiado la especialidad de Medicina de Familia y que traían consigo nuevas ideas de lo que debía de ser la Atención Primaria, en cambio en los centros transformados tuvieron más

problemas, porque había profesionales que se oponían a la reforma. Hubo profesionales, sobre todo de medicina, que nunca llegaron a asumir los cambios, no se integraron en el equipo y supusieron un serio obstáculo.

Todos los informantes dijeron que las relaciones entre los profesionales son fundamentales, por su parte las enfermeras dijeron que los planteamientos iniciales de la reforma luego no se cumplieron y que han tenido que trabajar muy duro para llegar a donde se encuentran hoy en día, tuvieron que ganarse la confianza de los pacientes y demostrar su valía profesional. Las funciones que desarrollan enfermera y médico no terminan de estar bien definidas.

V.2.3.2. B. El relato de los profesionales

Fundamentalmente falla la relación médico-enfermera, que se lleven bien. Es esencial que se confíe en el trabajo de la enfermera. Confíe en el trabajo de mi enfermera ya jubilada y confío en el trabajo de mi enfermera, que es primeriza en Atención Primaria. Era hospitalaria, pero su capacidad de adaptación ha sido brutal. Es decir, que yo confié totalmente en mi enfermera. El médico quiso ser el jefe, el superior, el que manda, el número uno. Ahí fue donde se encontró el fallo, en la relación. Ésta debería haber sido un vínculo de equipo y ese fue el error, en nuestro centro, desde el principio GM1.H.60.

Lo más importante es que con la persona que estés trabajando se cree un equipo. En una población sana, que es la que nosotros tenemos en Atención Primaria, por sana me refiero a que no está hospitalizada, los pacientes los tienes que llevar en conjunto entre médico y enfermera. Si eso no va bien, el resto no va bien Por una parte, pienso que los médicos no han querido cambiar el chip hasta ahora. Si los dejas, se te apoderan GE3.M.53

Si no formas un equipo, esa promoción de salud va a fallar porque ese aspecto ellos no lo ven ni lo han visto MD1.M.54

El equipo funciona al unísono, hay compañerismo MD5.H:50

No hay barreras a la hora de trabajar en equipo con la enfermera, cosa que no siempre pasa con el médico. Resulta gratificante trabajar con ellas AD1.M.48

Este fue uno de los primeros centros en abrir. Aquí llegó un grupo de gente que creía en la Atención Primaria y en el trabajo con la comunidad. Llegaron con mucha ilusión y esto hizo que todos nos encontráramos muy bien juntos EB5.M.58

Porque tienes autonomía, dentro de que trabajes con el médico, si ya te llevas bien con él, como es mi caso, porque es un trabajo de colaboración mutuo, yo le echo una mano a él y él a mí y nos complementamos. Él hace su trabajo y yo el mío, pero Fontanera y yo tenemos muchas cosas en común EA2.M.55.

Un papel relevante y autónomo, en algunos centros, costó que tuviésemos una consulta propia. En otros desde el principio lo tuvimos, empezar a hacernos respetar por la población. Aunque en honor a la verdad y como anécdotas, cuando te veían que actuabas así, te llamaban doctora,

porque no concebían que hubiese enfermeras que supieran hacer algo que no fuese escribir recetas o poner una banderilla EB8.M.57

Hemos estado supeditadas a lo que el médico quisiera que hiciéramos, aunque la mayoría de las veces te encuentras con médicos con los que te llevas y compenetras muy bien. Tendría que haber unas pautas más claras para saber cuál es el trabajo de enfermería EA6.M.60

Construir un rol autónomo después de la larga historia de dependencia fue complicado, era difícil dejar de ser auxiliar del médico, fueron años de duro trabajo intentando demostrar que las enfermeras podían desempeñar su propio rol independiente. Para ello, la relación establecida entre la unidad básica formada por médico y enfermera ha resultado fundamental.

En cualquier organización, laboralmente el sujeto busca siempre autonomía, reconocimiento y afirmación de sí mismo (sus aptitudes, voliciones y modo de ser). Sin embargo, como la entidad no está organizada para dar satisfacción a las necesidades personales de un individuo determinado, surge el conflicto entre ambos⁹³⁵. El estudio de Faith Donald analizó el desarrollo de las enfermeras canadienses, concluyó que las buenas relaciones en el trabajo, sobre todo con los médicos, facilitan el desarrollo de las EC

Coinciden con los trabajos de Galindo et al⁹³⁶ que analizaron las opiniones de enfermeros y médicos sobre la organización y las funciones de enfermería de atención primaria. El 60,2% de los médicos considera que los enfermeros dependen jerárquicamente del coordinador médico, frente al 33,5%. Ambos profesionales coinciden en que la población cree que las acciones de enfermería dependen de las decisiones médicas (46,4% de médicos y 41,9% de enfermeros). En cuanto a las competencias profesionales, hacen referencia a la exploración física y valoraciones de los pacientes. Todos tienen claro, médico y enfermeras, qué parte de sus funciones son los procedimientos técnicos y hablan de los tratamientos farmacológicos. En ningún momento hablan de cuidado. En el ámbito internacional, también existen las mismas controversias^{937,938,939}.

V.3.2.3.3. Percepción del Rol Autónomo

La cultura y las creencias de las personas influyen, a su vez, en la “cultura organizacional” de las instituciones, de manera que esto se refleja en las directrices que marcan los gestores, las actitudes de los usuarios y, también, de las propias enfermeras.

Celma Vicente⁹⁴⁰ dijo que una profesión debe poseer una formación específica en un campo determinado, lo que le concede autoridad en este campo y un saber propio y exclusivo. Frecuentemente, las enfermeras no distinguen entre tareas propias e interdependientes, en el afán de realizar un rol autónomo deciden asumir tareas que tal vez no les son de su competencia.

Gastaldo⁹⁴¹ plantea que, en muchas ocasiones, son las propias enfermeras quienes entorpecen los procesos de desarrollo y autonomía de la profesión al poseer una autoestima baja, disminuyendo así su valer frente a la sociedad. Como ya dijimos esta baja autoestima, para Waldow, se debe a que las enfermeras se comportan como un grupo oprimido. Esto desencadena un proceso que provoca marginación, ya que el grupo o individuo no pertenece al conjunto de los oprimidos ni a los opresores principales. Por tanto, nos encontramos ante una falta de identidad cultural, los oprimidos presentan una personalidad común caracterizada por la autoaversión y la baja autoestima que, a su vez, favorece la continuidad del ciclo de dominación y subordinación⁹⁴².

Esto ha influido en la imagen que la enfermera tiene ante la sociedad. En el ideario colectivo social existe la idea de que la enfermera no suele atender a un usuario según su criterio, sino bajo el criterio médico, lo que refuerza la idea de que este tipo de profesionales no posee autonomía.

Virginia Henderson⁹⁴³, en 1978, declaró que existía una gran disparidad entre la imagen que las enfermeras tenían de ellas mismas y la que se ha formado el público: “Lo que las enfermeras hacen está en desacuerdo con lo que el público cree que deben hacer.” Superar el *estereotipo* de persona atractiva para el sexo masculino, y poco notoria que desempeña su función fundamentalmente en el ambiente hospitalario y desarrolla procedimientos de baja complejidad⁹⁴⁴. Durante mucho tiempo los usuarios vieron que la enfermera de los ambulatorios ejercía funciones de mero auxiliar del médico. Y todavía hoy algunos siguen viendo que la enfermera depende de las órdenes del médico.

Entre los profesionales existe cierta sensación de frustración, ya que consideran que a pesar de todo el esfuerzo que hacen en explicar y dar consejo a los pacientes sobre los tratamientos pautados, la adhesión a estos es baja⁹⁴⁵. Y plantean que podrían realizar además otro tipo de actividades que implicasen mayor responsabilidad por parte de la enfermera, como sería el manejo de la medicación y las recetas. Lo cierto es que la labor de las enfermeras ha experimentado un considerable avance en sus competencias, poco a poco han asumido más responsabilidades, han conseguido participar en la elaboración de protocolos junto con los médicos, llevan los programas de vacunación^{946,947} participan en las actividades relacionadas con cirugía menor, retino grafía^{948,949} control del Sintrom,⁹⁵⁰ valoraciones e informes como los que sirven para la ley de dependencia.

Nuestros informantes profesionales afirman que han tenido que esforzarse en mejorar, que cada vez su preparación ha de ser mayor, que deben de tener conocimientos tanto de biología humana como de sociología, psicología, ética y antropología, etc. Pero sobre todo consideran como prioritario tener una buena formación en el manejo de las emociones, consideran que el reciclaje que están recibiendo tanto para la ampliación de nuevas competencias como en el uso de nuevas tecnologías es insuficiente

Algunos abogan por recuperar el enfoque que se tenía del cuidador en los inicios en el que tenía mayor peso la función educativa y de promoción de la salud sin depender tanto de protocolos.

El grado de autonomía profesional alcanzado debe de analizarse por la imagen y el reconocimiento que los otros otorgan a estos profesionales. La imagen se refiere a la figura, representación, semejanza o apariencia percibida por las personas respecto de este sujeto⁹⁵¹, el reconocimiento que la población da al trabajo de las enfermeras y cómo es percibido por los propios profesionales.

V.3.2.3.3.A.El relato de los usuarios

Está la enfermera del médico, El médico es el que controla todo, porque tiene más estudios, es el que manda lo que hay que hacer, y ese es su rol AU5.H.62

El médico es imprescindible, situándose antes que el enfermero BU2.H.80

Todavía tienen que ser más ellas mismas y saber qué función tienen que desarrollar AU4.M.60

El practicante, como ya lo dice el título de su profesión auxiliar, no es una persona que complementa la tarea médica, e incluso, en numerosas ocasiones, suple alguna deficiencia que

pueda tener el médico Tienen competencia, experiencia en cuanto a su oficio y conocen bien la materia.BU1.73.H.

Ha habido muchos cambios en el médico y en el practicante BU4.M.75

Ahora considero que tienen una autonomía, una capacidad de reacción y de atención que antes no tenían BU2.H.73

Tuvimos un problema y nos lo han resuelto. Una persona, para mí, buenísima. En mi caso, ha estado mejor la enfermera que el médico AU8.M.62

Hay situaciones que son muy peligrosas, por lo que es importante reconocer su mérito BU2H.80

La gente ha salido beneficiada, el trato es más personal AU3.M.60

Sobre mi experiencia puedo decir que la enfermera es un Ángel AU8.M.62

Si no hay enfermeras se paraliza todo, pasando a desempeñar un papel casi tan importante como el del médico AU4.M.60

Son imprescindibles y admirables AU1.M.64

V.3.2.3.3. B. El relato de los profesionales

Hemos pasado de esa relación paternalista, a una relación más de mutuo respeto. El médico tiene unas actividades y la enfermería tiene otras. Pero la enfermería estimo que ha ido ganando autonomía, hemos conseguido un espacio que hace unos años no teníamos En el tema de promoción en la salud puede que nos hayamos quedado un poco cortos en cuanto a los objetivos. El tema de promoción en la salud es muy amplio, ambicioso, requiere tiempo, esfuerzo y, muchas veces, la demanda nos desvía de los temas de prevención y promoción. Estamos muy volcados con el tema asistencial, crónicos, domicilios, y, en ocasiones, dejamos el tema de prevención y promoción un poco aparcados. Igual tendríamos que dedicarle más tiempo. GE1.H.52

Nos ha faltado esa seguridad en nosotros mismos o el creernos que estamos capacitados. En algunas ocasiones creo que la responsabilidad nos abrumba provocando en nosotros dos preguntas: si seremos capaces de hacerlo y si algo pasa, y si hay un error, que pasa conmigo. Creo que a veces nos pesa el exceso GE3.H.53.

Enfermería no tiene un papel secundario, pero que la población no lo ve del todo. Se nota que hay más control por parte del enfermero y el paciente lo requiere. Antes hacía solamente curas e inyectables. Después, ha cobrado mayor importancia en el papel que tiene que ver más con la relación M.5.H.50

La educación sanitaria la emprenden todos los sanitarios, pero en especial las enfermeras por su contacto más próximo con los pacientes. Además del trabajo considerado exclusivo de las enfermeras, se encuentra la educación para la ayuda psicológica. Hoy en día hay más contacto con el sanitario, incluso con el médico, con el que se ha establecido una relación de tú a tú MD3.H.63

Perdían mucho tiempo en hacer parte del trabajo burocrático del médico (recetas) hasta hace un año cuando decidieron que no iban a hacer más recetas, que pasaban a crónicos o al médico, porque así se podían dedicar a hacer mejor su trabajo. Les ha costado mucho reñir y discutir (a la jefa de enfermeras) con la dirección. Ahora con lo del plan de mejora todo esto, verdaderamente, va a mejorar porque por lo menos las agendas estarán adaptadas a la realidad del día a día. Queda mucho trabajo por hacer. Por el momento es la figura del médico la gran protagonista, el centro de AP: el concepto de la gente es que el médico sigue siendo Dios, el que cura, el que más sabe. De la misma manera, creen que el resto de los profesionales seguimos bajo su autoridad AD1.M.48

Nos íbamos a ocupar de los temas de prevención, los programas que eran considerados de salud, programas del niño sano, del adulto, los famosos PAC, que hasta entonces no se había hecho nunca aquí. Simplemente lo que se está haciendo es atender la demanda con muy poca prevención y trabajo con la comunidad EA1.M.62

Tal y como vamos volvemos de nuevo al sistema de los antiguos ambulatorios. Lo que cambia es el letrero de centro de salud por lo que antes era el ambulatorio, pero seguimos haciendo exactamente lo mismo, porque tenemos el mismo personal EB6.M.52.

Las funciones del enfermero tienen tal amplitud que no están bien delimitadas EB04.H.48

Por ejemplo, podríamos encargarnos de hacer nosotros mismos las recetas, su medicación. Porque en el caso de las dietas y consejos la gente no sigue las indicaciones. EA1.M.62

Enfermería está haciendo tareas que en realidad no le corresponden... Personalmente creo que ha habido una línea curva, donde nosotros hemos podido llegar a tener mucho protagonismo y no hemos podido llegar a hacer una gran función. Digamos que es en esta posibilidad de ser un poco más tú donde radica el cambio donde han podido florecer ciertas cosas EB2.H.52.

Enfermero siempre ha estado capacitado para hacer cirugía menor. Había cierta resistencia, gente que veía ciertos problemas donde no los había. Pero el desconocimiento hace que dudes y se pensaba que la cirugía menor era cosa de otros profesionales EB1.H.48

Yo estoy feliz en ese sentido, porque tienes autonomía para tomar decisiones, tienes contacto con la gente, haces de verdad de enfermera porque lo mismo curas que cuidas, puedes prevenir, hacer educación, no hacer nada, cumplir el expediente... Pero eso ya depende de cada cual. Para mí el trabajo de una enfermera es éste, y no el del hospital porque ahí se hacen más técnicas de enfermería EA3.H.53

Deberíamos hacer hincapié en lo que ya estábamos haciendo, si se pueden sacar otras funciones EB3:H.52

Podemos decir que las opiniones de los informantes coinciden en parte con las del estudio realizado por Castell y Viñas⁹⁵² en que se ha superado la imagen de auxiliar del médico. Se asimilan en cierto modo con los del estudio Serrano del Rosal,⁹⁵³ en el que encontraron que los usuarios conforman su satisfacción global con el servicio recibido, pero la importancia de estos profesionales disminuye notablemente centrándose principalmente en el papel de los médicos.

Los profesionales coinciden con Zabalegui Yarnoz cuando manifiesta que el planteamiento de trabajar con la comunidad no se ha cumplido, ya que los objetivos planteados no estuvieron bien definidos y eran difícilmente o poco racionalizados y requerían servicios no existentes en las comunidades⁹⁵⁴, también coinciden con Maciel y Araujo⁹⁵⁵ que plantea que la consulta de enfermería, a pesar de los grandes avances, no ha conseguido desarrollarse bajo un marco teórico propio, con una metodología y un sistema de registro propios, convirtiéndose, en cierta medida, en un post ò previo de la consulta médica, centrándose sobre todo en la atención individual, sin tener en cuenta los aspectos familiares y sociales que afecta a los procesos y sin llevar a cabo un abordaje colectivo del problema. El tímido inicio de una visión colectiva de la salud en la que se tenía en cuenta los factores psicosociales se ha ido diluyendo, y en la enfermería se ha producido una regresión hacia el modelo biomédico individual.

Coinciden con Miguélez Chamorro, en que las enfermeras han ido asumiendo cada vez más servicios y compromisos con la población y con el sistema sanitario, pero de una manera deslavazada y poco estructurada. No siempre se han podido evaluar resultados de todo cuanto se ha iniciado⁹⁵⁶ y las enfermeras no deben realizar más funciones de las que ya tienen.

En cambio otros están más en línea con Borrel Carrión⁹⁵⁷ en que a la enfermería de atención primaria hay que darle mayores responsabilidades asistenciales.

El balance es totalmente positivo, tal vez sea este el indicador que confirme las nuevas tendencias que la OMS⁹⁵⁸ y que algunos autores en España como Duarte Climents y col^{959,960} que pronosticaron los profesionales de enfermería del tercer milenio, ejercerán mayor autonomía y actuarán como líderes del cuidado de Atención Primaria.

V.3.2.3.4. Nuevas Modalidades en la Gestión

V.3.2.3.4.1. La Enfermera Gestora de Casos

Los cambios en la sociedad han dado lugar a la aparición de nuevas modalidades de gestión, han surgido nuevas figuras como la enfermera gestora de casos en Andalucía, que en un principio generó cierto recelo entre los profesionales de base, siendo todavía hoy una figura controvertida⁹⁶¹, aunque cada vez es más aceptada y reconocida. En cierta medida, la veían con un riesgo de descapitalizar el trabajo de la enfermera de base.

V.3.2.3.4. 1.A.El relato de los usuarios

Y luego está Rebeca, con la que he concertado algunas entrevistas por el tema de las niñas o el niño, ya que he sido la que los ha medio criado, debido al trabajo de mi hija BU5.M.75.

Si necesitas un carrito para ir hasta el hospital, o una muleta enseguida te lo da. Yo cuento con un andador que me prestaron porque Antonio lo necesita por su artrosis BU6.68

V.3.2.3.4.1. B. El relato de los profesionales

Trabajan mucho con los cuidados, hacen las valoraciones si lo creen conveniente, tienen todo el control y seguimiento de los pacientes del plan de altas temperaturas, talleres con cuidadoras, el tema de la gestión de material, de ayuda en domicilio, de grúas y camas articulados, colchones....La diferencia es que a ella se le derivan cuando hay una complejidad en el caso, pero para ayudarle al coordinador de enfermería es la responsable de que los pacientes estén bien, estén registrados como deben de estar. Es fundamental que las enfermeras sepan registrar porque el coordinador de enfermería tiene mucho trabajo... GE4.M.55

En el domicilio, ella hace una valoración porque a lo mejor es un paciente que le puede hacer falta una silla de ruedas... Ella hace una primera valoración GE2.M.38

Es una figura más que, hasta que no ha llegado, la desarrollábamos el enfermero y la trabajadora social.EB2:53,

Yo desde el principio le vi ese peligro, ahora creo que hace una labor precisamente en la última enfermera gestora de casos con la que tengo relación. Ella emplea parte de su tiempo en educación sanitaria, hacia los cuidados, lo hace con cuidadoras, con grupos de personas que tienen Parkinson... Las enfermeras gestoras son las que en estos momentos están realizando esas acciones preventivas. No sé si eso desvirtúa un poco en detrimento, porque eso lo puede hacer una enfermera de base y, de hecho, debería hacerlo EB6.M.52

Tú estás obligada a dedicar tu tiempo a rellenar estadísticas si no quieres que te señalen con el dedo... La enfermera de base no podrá dedicar una hora y media a un taller si tiene que rellenar, escribir, hacer y alcanzar un número, si no dispone de más tiempo. EB8.M.57

V.3.2.3.4.2.La Gestión Compartida de la Demanda

Otro de los modelos organizativos que están surgiendo es el de la consulta de enfermería como puerta de entrada al sistema sanitario, estableciéndose un sistema de gestión compartida de la demanda asistencial. La función de la enfermera consistiría en atender la demanda asistencial de procesos agudos leves. Hay estudios que demuestran⁹⁶² la capacidad de enfermería en la resolución de la visita espontánea. La enfermería se considera altamente cualificada para la gestión de la visita espontánea obteniendo excelentes resultados. Los protocolos son de gran ayuda en la resolución de enfermería y ésta mejora cuanto más

experiencia se adquiere⁹⁶³. Los informantes consultados tampoco están totalmente de acuerdo con esta nueva figura. No ven claro que la función de la enfermera sea la de diagnosticar enfermedades, no ven en ella el enfoque de cuidador, pues lo perciben como que van a ser utilizados como pequeños médicos.

V.3.2.3.4.2. A. *El relato de los usuarios*

Si es el primer diagnóstico que le van a realizar, puede ser que no haga falta el médico AU1.M.64

V.3.2.3.4.2. B. *El relato de los profesionales*

Es aprovechar a la enfermera para quitar trabajo al médico... Hasta ahora no nos habían dejado colgarnos el fonendo y ahora por obligación tenemos que mirar los procesos de diarreas. Siempre hemos sabido lo que hay que hacer ante una diarrea y hemos ido por las casas diciéndoles a las personas que tienen que hacer con sus mayores cuando sufren estos síntomas. Ahora resulta que cuando vienen aquí y son jóvenes, no tienen ningún proceso, pues digo: vamos a hacerlo aquí en la consulta. Con el permiso de los señores de arriba para poder hacer cosas que antes teníamos vetadas. Es el permiso para poder extender una receta y que esté justificado en su historia. EA4.M.56

A enfermería intentan echarle todos los marrones, que se los coma la enfermera. Cuando una cosa se pone fea o es desagradable, recae en la enfermera EB9.M.55

No soy una mini medico EA1M.62

V.3.2.3.2.4.3. *La Prescripción Enfermera*

El poder extender una receta sin depender del médico ha sido una reivindicación de largos años, demandada por parte de algunos colectivos de enfermería. En la literatura revisada, encontramos autores que están de acuerdo en que les da mayor autonomía^{964,965,966,967,968}, opinión que comparten también algunos de nuestros participantes. Pero también encontramos otras visiones sobre el tema, aquellos que opinan que puede tratarse de una especie de trampa, una medida política con la que se corre el riesgo de que, de nuevo, pasemos a convertirnos en los que realizan las recetas a los médicos.

Con relación a este tema los usuarios no se han manifestado.

V.3.2.4.3.4.3. B. *El relato de los profesionales*

Lo veo como dos caras, la positiva y la negativa. Llámale ventajas e inconvenientes. Hay muchos productos que sí que los podemos recetar nosotros, pero luego las autoridades sanitarias quieren que seamos unos pocos los que suplamos al médico, o los que le quitemos trabajo GEH52.

Este año también estoy haciendo mucho hincapié en el tema de la prescripción enfermera, muchísimo. Estamos trabajando mucho en prescripción, sobre todo con apósitos, tiras de glucemia y pañales. La gran mayoría está muy bien formada en prescripción enfermera GE2.M38

Una cosa que si tenemos es la prescripción enfermera. Yo puedo realizarla sin necesidad del médico EB2.V.52

Nosotros tenemos ahora mismo a la hora de prescribir. Me parece más una medida política que otra cosa EB5.M.58

No sé ni si estoy de acuerdo en que nos obliguen o nos digan que tengamos que hacerlo... y las pomadas llevamos haciéndolo, yo desde que soy enfermera, hace 35 años... mi obligación se encuentra en estar al día en todos los tratamientos que yo vaya a manejar, desde apósitos de curas, pomadas, aceites, ácidos grasos, lo que sea, mi obligación es estar al día y emplear cada cosa cuando la tenga que emplear EA2.M.55

V.3.2.3.5. *La búsqueda de mayor visibilidad. Registro de la Actividad*

En el largo camino por alcanzar mayor visibilidad surge el tema de los registros como el elemento básico del desarrollo profesional. Son una herramienta imprescindible para la comunicación dentro del equipo sanitario, para conseguir un mayor nivel de calidad en la atención de la salud, los diagnósticos y los planes de tratamientos prescritos. La enfermería es una profesión con un fuerte apoyo en la comunicación oral, no estaba acostumbrada a registrar su trabajo. Todas las enfermeras y médicos tuvieron que aprender a registrar en las historias clínicas. Durante años, las historias de papel han ocupado los archivos de los centros de salud y, desde hace muy pocos, se ha producido la informatización de la historia clínica. En la literatura queda reflejado que para el colectivo enfermero se considera imprescindible registrar la actividad llevada a cabo^{969,970,971,972,973}.

Muchísimos profesionales, del ámbito de la docencia y de la gestión, han considerado que estos registros estandarizados forman parte de la solución para sacar los cuidados de las enfermeras de la invisibilidad^{974,975}. Los lenguajes estandarizados de enfermería NANDA, NIC y

NOC se han ido introduciendo en la gestión y en la práctica diaria del cuidado^{976,977}. Pero también es cierto que siempre han tenido muchas críticas entre los profesionales de base, que no terminan de ver todas las ventajas que se les atribuyen, pues los consideran que parten de un modelo biologicista y biomédico y que la estandarización no podrá recoger todas las especificidades del cuidado enfermero.

A comienzos de la década de 2000, con el advenimiento de las nuevas tecnologías de la información, los ordenadores pasaron a ocupar las mesas de las consultas de los profesionales. A partir de entonces, las direcciones marcan unos estándares de evaluación de la calidad que se recogen de las historias informatizadas.

Igea Moreno y sus colaboradores, en un trabajo sobre la informatización de los planes de cuidados⁹⁷⁸, se dieron cuenta de que a nivel nacional había mucha variedad de programas informáticos según las diferentes comunidades autónomas y proponían que sería necesario unificar los programas a nivel nacional.

Giménez Maroto y Serrano Gallardo⁹⁷⁹ hicieron una reflexión en la que ponían de manifiesto las imprecisiones identificadas en el proceso diagnóstico enfermero y las consecuencias de éstas para la persona objeto del cuidado, la profesión y la disciplina. Las posibles explicaciones de la ocurrencia de estas imprecisiones parten del cuestionamiento de la adecuación de las herramientas y del significado que las enfermeras otorgan a su utilización. Concluyendo que el potencial de beneficio de la tecnología depende de cómo y para qué sea utilizada, ya que puede convertirse en algo perverso cuando su dominio constituye un fin en sí mismo. Por tanto, la competencia en el manejo de la tecnología debería incluir el dominio del proceso de razonamiento del diagnóstico y el desarrollo del pensamiento crítico.

Parece ser que la estandarización de los planes, el uso de “plantillas” mitiga algo las dificultades. Estudios como el de Torradeflot et al⁹⁸⁰, y Peinado Carrasco⁹⁸¹ encuentran que las guías de cuidados estandarizados sirven como pauta de trabajo, siendo imprescindible personalizar la valoración para individualizar los cuidados y permiten la identificación del rol autónomo de la enfermera. Su informatización ha facilitado el registro del proceso enfermero. Sería interesante recoger posibles variaciones de las guías propuestas para analizar y modificarlas si está indicado

Con relación a este tema, los profesionales entrevistados, reconocen que es necesario un sistema de registro de los cuidados, pero que encuentran dificultades con este tipo de

lenguajes, no terminan de interiorizarse. Los programas informáticos no han resuelto estas dificultades, dicen que las plantillas les están ayudando aunque le sigue pareciendo una actividad costosa de desarrollar. Para ellos, se trata de un arma de doble filo, aunque reconocen las ventajas que supone la informática, consideran que son poco aprovechados. Los gestores dicen que sirven para unificar los datos que facilitan la evaluación de la actividad.

V.3.2.3.5. B. *El relato de los profesionales*

Esta zona sí, aunque al principio costó mucho trabajo. Aquí trabajamos mucho con metodología enfermera, se les hace también el Barthel, porque te da el grado de dependencia que tienen. Los diagnósticos de enfermeras lo hacen todos. Ahora estoy trabajando con ellos, que les hemos hecho unos planes de cuidado, fijar unos objetivos y que tenemos que trabajar con esos diagnósticos. No nos vale plantarle el diagnóstico de enfermera y ya lo dejamos ahí. Tenemos que marcar un objetivo GE2.M38.

De los diagnósticos no exploto nada. Hago auditorias de historias, yo miro entro en él un 10% de historias y lo audito, y miro la calidad de cómo están esas historias y la consecución de los objetivos.....Observo los test que han pasado. Por ejemplo una cuidadora a la que se le haya hecho lo mínimo, y no me vale que se le haya hecho el año pasado, miro que esté hecho este año. Esto me lleva a pensar que no lo estamos registrando bien, me indica lo que hacemos bien y lo que no y me sirve para reunirme con los enfermeros para ver qué está ocurriendo y tratar de solucionarlo GE2M.38.

Los planes de cuidados me parecen farragosos, complicados y eso que ahora con las plantillas funciona todo un poco mejor. Hace falta agilidad, pero realmente cuesta Veo cosas muy positivas en la informática y alguna cosa negativa. Como positivo, tienes mucho acceso a más información, siempre a nivel técnico porque OMI está muy bien preparado a nivel de recoger datos técnicos, cifras de tensión, de colesterol. Las ventajas en cuanto a información de que tienes un paciente ingresado y puedes acceder a su historia EA2.E.55

Depende de cómo lo llevas, con NANDA, NIC, NOC está todavía verde la cosa. Hay que trabajar con diagnóstico lo que pasa es que es complicadísimo porque no estamos habituados. La formación es cara, no se nos forma, porque a la administración el que ponga o no una etiqueta le da igual EB1.H.48

Coinciden con los datos de anteriores estudio hechos por Hueso Navarro, Berrozpe Alayeto et al⁹⁸².en 2007 y por Quiñones Pérez⁹⁸³ en 2009 encontraron que en aquel momento los

profesionales tenían dificultades para la aplicación práctica de los diagnósticos, las intervenciones y los resultados. Debido a: sobrecarga laboral, consultas compartidas, escasez de tiempo, carencias en la formación y poca curiosidad e interés por suplirlas, poca agilidad para realizar planes de cuidados, pérdida de tiempo en meter los datos en los distintos soportes, esfuerzo para asimilar la nueva práctica, bibliografía poco manejable y de elevado coste, diagnósticos de difícil comprensión, escasa formación de personal eventual, carencias en los soportes informáticos.

Están de acuerdo con Sánchez y colaboradores⁴ Martínez Lao de Algeciras en 2007 y con Navarro Carrasco⁹⁸⁴, también en Algeciras en 2008, que analizan la opinión del personal de enfermería con respecto a preferencias sobre historia informatizada o historia en papel, se objetiva una tendencia, cada vez mayor, a valorar la primera sobre la segunda. Se justifica esta valoración sobre todo porque facilita el acceso a información del paciente, y el análisis de datos para un posterior proceso de investigación y así mejorar la calidad de los cuidados. Estos también detectaron dificultades, que posiblemente están impidiendo un mayor desarrollo, como son: falta de formación, falta de recursos materiales, lentitud del sistema, ampliación del número de registros disminuyendo el tiempo destinado a la atención directa con el paciente.

También coinciden con Ponce González^{985,986} en que, ante todo, sirven para detectar diagnósticos que servirán para justificar los requisitos de ayuda a la dependencia. El peligro es que el registro se ligue al cobro de productividad. Si no aparecen determinados datos, establecidos en los estándares de calidad, se cobra productividad, y como se trabaja por dinero, es fácil clicar. Con el estudio realizado por Medina Valverde, en 2012⁹⁸⁷, que considera que lo más beneficioso y de utilidad en la herramienta son la valoración inicial y el informe de alta continuidad de cuidados; así mismo identifican como ventajoso que se registren todos los datos del proceso enfermero. También encontraron inconvenientes y debilidades que relacionaron con estar sometidas a continuas variabilidades en su cotidianeidad asistencial. Un aumento de carga de trabajo impide realizar siempre el registro informático. Consideraron, así mismo, que el sistema operativo de la herramienta informática debe mejorar en cuanto a simplicidad y operatividad. Estiman que la simplicidad en la herramienta y la adecuación en las cargas de trabajo favorecerían la utilización de la misma y, como consecuencia, unos cuidados continuados.

Los gestores Coinciden con la revisión bibliográfica sobre el tema de los registros realizada por Compte Vilella y Fullà Corredor, en 2011, en la que concluyeron que la implantación de los

registros informatizados de enfermería es un avance muy práctico y ventajoso, aunque representa un gasto económico muy importante. Supone una mejora en la calidad asistencial para reducir el tiempo invertido en enfermería y una disminución considerable de los errores por omisión o ilegibilidad.^{988,989}

V.3.2.3.6.Satisfacción, Autoestima Profesional, Prestigio, Visibilidad e Imagen alcanzadas.

El grado de calidad de los servicios sanitarios prestados en un sistema sanitario está relacionado con el grado de satisfacción de sus profesionales.⁹⁹⁰ Entendida ésta como el grado de bienestar que experimenta el individuo con motivo de su trabajo. Esto tiene que ver la identidad profesional, que según Maya,⁹⁹¹ es más que el modo con el que el profesional observa su profesión y el sentimiento que él genera influyendo en su modo de pensar, de actuar y en cómo desarrolla las relaciones con su entorno, el tipo de profesional que se alcanza a ser, depende en gran medida del “Yo” personal, de la opinión que éste tenga de sí mismo, lo cual permite desarrollar la capacidad de interrelacionarse adecuadamente, de entrar y salir de situaciones nuevas, de adaptarse y de llenar las expectativas de los roles que debe ser capaz de asumir.

Medir y evaluar los resultados del trabajo de las enfermeras, como ha quedado patente a lo largo de este trabajo, es difícil. Los profesionales en general creen que se ha contribuido a mejorar la salud de la población a la que asisten. Las enfermeras veteranas dijeron que a pesar de que, en ciertos aspectos, pueden estar menos motivados, este trabajo les sigue gustando.

V.3.2.3.6.B.El relato de los profesionales

En las encuestas de satisfacción que se han realizado en Andalucía, hay tres o cuatro preguntas que el resultado si ha sido por encima del 95 %, pero lo más importante es cuantas veces te ha podido visitar una enfermera al año, porque es la forma de que tú vas a tu enfermera, que se identifique con su enfermera. Llegará el momento en que si ahora estamos en un 70 o 80% de que conocen a su enfermera, llegará un momento el que esa cifra se igualara a la del médico GE4.M.55.

Cada vez la enfermería es más accesible y transmite más confianza MD1.M.55

Nos se valora, no entienden o no aprecian el trabajo que hacen. Trabajan mucho más que el médico y no se está reconociendo el trabajo MD2.H.64

La gente en general ve muy bien a las enfermeras y valora muy positivamente su trabajo, aunque siempre hay quien no piensa así. Las ven más accesibles que al médico, que les puedes

contar más cosas personales, no sólo problemas médicos, además de estar más accesibles, aunque sigue habiendo quien realiza su trabajo con el mínimo esfuerzo AD3.M.48

Una de las cosas que hemos logrado ha sido que la población nos conozca y nos considere profesionales con valor Es maravilloso ver que te recuerdan por tu acción profesional EB8.M.57

Te valoran mucho, yo me siento muy querida en general y, además, muy respetada. Confían en mi tanto en lo personal como en lo profesional EA2.M.55

El que venga una persona para pedirte opinión después de haber ido al médico, hace que me sienta orgullosa. No sé si lo haré bien o mal, si arreglaré mucho o no arreglaré tanto, pero es lo que lleva a decir que me gusta mi profesión GE3.M.53

La empresa tampoco te motiva, no sé qué tipo de empresa hay que tener pero no te motiva para nada, se te quitan las ganas. EB6.M.52

El futuro no lo veo muy bueno en el sentido de que con la filosofía neoliberal y con la privatización que se viene encima, volvamos a lo de antes. Tengo un poco de miedo, pero puede ser que solo sea algo personal...Pienso que habrá avances extraordinarios en la formación y que es posible que consigamos seguir siendo una parte elemental del cuidado sanitario EB8.M.57

Los usuarios coinciden con la Antropóloga Marta Allué, que en su libro “El paciente Inquieto” hace referencia a como se ha sentido cuidada por las enfermeras en Atención Primaria. Dice de ellas que son profesionales que no son expertas en nada especial, pero saben realizar una resucitación, si es necesario, tanto realizan una cura, ayudan a dejar de fumar, te controlan la tensión y el hematocrito etc. está disponibles, ayudan a superar malos momentos⁹⁹². Y con los datos que dan las encuestas de satisfacción demuestran que los pacientes están satisfechos con el trabajo de las enfermeras con un porcentaje por encima del resto de los profesionales^{993, 994}.

Comparar a la enfermera con un ángel es relativamente frecuente entre los paciente satisfechos con sus cuidados, Juan García Armendáriz, periodista del Diario de Navarra, que ha padecido una enfermedad crónica en su libro “El diario de un hombre pálido, “utiliza la misma expresión⁹⁹⁵.

En cuanto a los profesionales coinciden con los resultados obtenidos por López Cano⁹⁹⁶ et al, de 2007, coinciden en que encontraron que la mayoría se consideran satisfechos con la evolución que han tenido profesionalmente, creen que su actividad diaria es más independiente, aunque su motivación es menor que al principio pero no coinciden en la percepción del reconocimiento por parte de los usuarios. Como Saravia Sarabia y Álvarez. J, del

2009⁹⁹⁷ consideran que uno de los mayores logros conseguidos ha sido el que la población confíe en las enfermeras.

Aunque el objetivo de nuestro estudio no era medir la satisfacción laboral, podemos decir nuestros resultados coinciden con los del estudio de Pérez Álvarez; Díaz Carreiras⁹⁹⁸ sobre la Satisfacción laboral en enfermeros/as de Atención Primaria del Servicio Gallego de Salud, Y con los Montesó-Curto et al, de 2011⁹⁹⁹ que encontraron que la satisfacción global encontrada estaba situada dentro de los valores medios.

Hay informantes que coinciden con Salazar Maya,¹⁰⁰⁰ creen que enfermería es una profesión de futuro. En esta visión se dice que las tendencias internacionales del cuidado de enfermería están cambiando a un ritmo inesperado. Como disciplina, la enfermería seguirá fortaleciendo su cuerpo de conocimientos. La autonomía de la enfermería será de gran trascendencia, desarrollando responsabilidades propias y asegurando la gestión de cuidados.

V.3.2.3.7. Estatus Profesional y Poder

El estatus profesional repercute en la dinámica establecida en la organización sanitaria. Se trata de una dinámica de dominación de clase y sexo en la que se establece una estratificación. La enfermera, por sus características, está excluida del poder central. El médico se contrapone a él por ser un potencial de competencia y por constituir una fuerza de trabajo manual que requiere de la medicina para expandirse y prosperar¹⁰⁰¹.

A pesar de que Real Decreto 521/87 reguló el reglamento sobre estructuras, organización y funcionamiento de los hospitales, y por analogía el de las gerencias de Atención Primaria (AP), colocó a las direcciones de enfermería en el mismo nivel que el resto de direcciones médicas y de gestión, el liderazgo en los sistemas sanitarios se ha definido alrededor de la enfermedad, por tanto, este liderazgo ha recaído casi de manera exclusiva en los médicos.

Es cierto que ha habido experiencias muy reconocidas como las de Carmen Ferrer, que dirigió el área 3 de Atención Primaria en Madrid. En Andalucía y en Navarra ha habido algunas experiencias de enfermeras dirigiendo centros de salud. En general los médicos asumieron aceptablemente bien que una enfermera fuese directora del CS. Pero estas debieron de demostrar su competencia.

En Navarra, en la década de los noventa, las direcciones de enfermería pasaron a ser jefaturas, quedando en el organigrama bajo el poder médico. No hemos encontrado estudios que analicen las diferencias entre direcciones de enfermeras y otros profesionales, casi siempre médicos. La exigencia que se demandaba de que solamente los licenciados en medicina fuesen los que pudieran optar a dichos puestos, ha sido renovada recientemente en algunas comunidades como Madrid¹⁰⁰² y fue recurrida ante los tribunales por las organizaciones sindicales y colegiales de enfermería, teniendo un resultado favorable^{1003,1004}.

Esta situación de inferioridad en los órganos de poder ha influido en las competencias que se les ha ido otorgando a las enfermeras, y ha dificultado la definición de cuál debía de ser su perfil profesional, influyendo directamente en la autonomía de la enfermera.

Con relación a este tema los usuarios no se han manifestado puesto que a ellos no les llega la información de quienes son los que dirigen las organizaciones.

V.3.2.3.7.B. *El relato de los profesionales*

En organización sí lo veo. Toda la vida de Dios ha sido así. Lo que si hay son muchos más hombres en dirección, sobre todo en hospitales, en primaria no tanto. Cada vez estamos menos directores de cuidados. En Sevilla nos encontramos uno en el Aljarafe, otro en Sevilla norte, otro en Sevilla sur, y yo, que soy la única mujer. GE2.M.55

Si ya hablamos de jerarquías, es diferente. Ahí sí es diferente. Unos por un lado y los otros, por el otro. Antes se podían hablar (...) si yo seguía una cosa que no era lógica, se podía discutir. Ahora no, ahora... parece que estamos en tiempos de Franco, en plan... En la dirección, yo creo que hemos vuelto para atrás EB2.M.53

En aquella época se llamaba adjunto de enfermería. Y nos decían los anarquistas porque propusimos un triunvirato de dirección. El SAS nos lo aprobó, entonces ya lo cogió, (RC), fue la primera que lo cogió, estuvo un tiempo de directora. Eso fue más o menos en el año 86-87.). Los médicos llegaron a aceptarla aceptaron bien porque es una mujer muy competente, con unas ideas muy claras. Bueno, aquí en Andalucía hubo también una trabajadora social también de directora .EB4.H.48

En las unidades clínicas de gestión está el don de la cuestión. Esto va a ser como antiguamente, incluso más todavía porque el Poder absoluto del director del centro, si salió hasta en la prensa. Incluso para contratar personal, le van a dar un presupuesto y él lo va a gestionar. Yo me imagino que la dirección de enfermería va a desaparecer EB9.M.55

Esta visión no concuerda mucho con la de Heredia Galán y col.¹⁰⁰⁵, con relación a la evolución del papel de las enfermeras en las políticas sanitarias. Ellas consideran que el modelo organizativo de estructura piramidal está siendo sustituido por un modelo que permite la convivencia, tanto de la innovación como de la descentralización en el interior de la red

sanitaria Andaluza, donde son prioritarias la autogestión y la investigación. Y donde la enfermería tiene más peso y protagonismo cada día, dentro del equipo multidisciplinar. Estrategias como la innovación en cuidados Andaluza, que apuestan por la Prestación Farmacéutica Enfermera, la Tele continuidad, Gestión de Casos, nuevas Guías Enfermeras, etc., consideran que, con estas medidas, la profesión puede avanzar y consolidar su reconocimiento social como Agente de Salud. Ellas dicen que el planteamiento de hacer más con menos, es una incógnita en el momento presente. Tampoco coinciden con Carmen Ferrer¹⁰⁰⁶, que ve en las unidades de Gestión Clínica una oportunidad para el liderazgo de enfermería donde las enfermeras deberían de tener voz y voto.

Nuestros informantes, como hemos visto, aceptan las innovaciones, pero temen por el futuro de la enfermería. Están más en la línea de pensamiento que plantea Infantes Rodríguez,¹⁰⁰⁷ representante de junta directiva de la Sociedad de Enfermería de Atención Primaria de Madrid (SEMAP) en la preocupación por las tendencias privatizadoras que pueden afectar el futuro de la enfermería en los centros de salud y temen que el poder siga estando en los directores médicos.

V.3.2.3.8.A modo de Resumen de la Representación

Superar la injusticia significa dismantelar los obstáculos institucionalizados que impiden a algunas personas participar en condiciones de igualdad con el resto, esto es, como partes de pleno derecho en el proceso de interacción social, la representación es una cuestión de pertenencia social y de derecho a la toma de decisiones en cualquier ámbito de poder.

En estos años, tanto la sociedad como los profesionales han cambiado. Han superado la imagen de auxiliar, y han ganado en autonomía y cada día toleran pero ser hetero referenciados. Eso se manifiesta por los enfermeros,as entrevistados en que dicen que realizan cosas, que en los primeros años ni se habían planteado. Creen que hay resultados en salud en la población, como puede ser el menor número de piernas amputadas en los pacientes diabéticos y menor número de ingresos por complicaciones debido a un mejor autocontrol. La población manifiesta gran confianza en la relación.

Opinan que si bien se había avanzado mucho en la formación, en las relaciones con otros profesionales y en las políticas sanitarias de cobertura universal, expresan preocupación

porque tanto profesionales como población perciben que se está produciendo un estancamiento. Hay diferentes ópticas en las competencias otorgadas a enfermería: ya que en temas como la demanda compartida con médicos algunos consideran les aleja de su concepción de ser enfermera. En esta situación de crisis los cambios van desde quienes temen por la desaparición de la profesión, los menos, a quienes ven a la enfermería como una profesión con un futuro.

A pesar de que han mejorado su estatus, el acceso apuestos de poder todavía es difícil pero cuando lo han conseguido han demostrado tener tanta capacidad como los hombres y los médicos. Entre los profesionales existe el temor de que el avance del neoliberalismo afecte a las políticas sanitarias y pueda producirse una regresión en el acceso al poder, que incluso hagan peligrar las direcciones de enfermería.

V.3.3. Redistribución

El paradigma de la redistribución se centra en injusticias que define como socioeconómicas y supone que están enraizadas en la estructura político-económica de la sociedad. Como ejemplos, podemos citar la explotación (la apropiación de los frutos del trabajo propio en beneficio de otros, la marginación económica (quedar confinado a tareas indeseables o mal pagadas o que se niegue el acceso a trabajos que generen ingresos, en general), y la privación (negación de un nivel de vida material suficiente).

Decir que una sociedad tiene una estructura de clases, es decir que institucionaliza unos mecanismos económicos que niegan de forma sistemática a algunos de sus miembros los medios y las oportunidades que necesitan para participar en la vida social en pie de igualdad con los demás. Una sociedad organizada en función de la clase es considerada por Fraser como un orden de subordinación objetiva derivada de ordenamientos económicos que niegan a algunos actores los medios y los recursos para la paridad.

El género es un principio básico de la estructuración de la economía política, que estructura la división fundamental entre trabajo remunerado 'productivo' y trabajo doméstico no remunerado 'reproductivo', asignando a la mujer la responsabilidad primaria respecto de este último. Padilha, citado por Leite da Silva¹⁰⁰⁸, dice que la medicina ejemplifica bien el "capitalismo patriarcal" reservado a aquellas profesiones ejercidas casi exclusivamente por

hombres tales como: prestigio, salarios diferenciados, posición prominente en el sistema de salud, de entre otros aspectos. El contrario se observa en la Enfermería, el trabajo de Enfermería y su producto se sitúan, así en posición secundaria de peso, con menor prestigio y, consecuentemente, con inferior remuneración a la de los médicos. Aun siendo así hay estudios que demuestran que la profesión de enfermería es una profesión que a lo largo del tiempo ha desempeñado un papel destacado en la consolidación de la de la sociedad, como una sociedad del conocimiento y de clases medias. Con el paso de los años su posición de clase media-media se convierte en dominante¹⁰⁰⁹.

Con la reforma del sistema sanitario en los años 80 se modificó las condiciones de trabajo del personal de salud, las formas de contratación, los salarios. Mejoraron los horarios, desapareció la guardia continua y se instauraron los turnos de guardias, y los profesionales ganaron en libertad. El trabajo en Atención Primaria durante toda la etapa franquista estuvo realizado por hombres, los antiguos practicantes y tras la reforma se produjo un cambio en lo social, los nuevos puestos se cubrieron mayoritariamente por mujeres, aunque las plazas de primaria han sido también las más solicitadas por los hombres, las mujeres son mayoría.

A lo largo de la historia se observa que en el nacimiento de todos los oficios se pueden encontrar unos rasgos comunes desde el puro empirismo y la tradición oral, para llegar a la profesionalización con la formación académica, la autogestión, la asistencia y el desarrollo científico. Pero hay un rasgo que determina la importancia social de un trabajo (oficio o profesión) claramente definido: el salario que se perciba por él. En enfermería el avance ha sido claro. Tradicional y culturalmente, el cuidado ha sido visto como una ayuda y, por tanto, no hace falta ser remunerado. A la enfermería se le ha considerado una profesión de carácter altruista y desinteresado. La idea altruista de los cuidados beneficia a las instituciones que incluso fomentan el voluntariado, aprovechando el carácter humanista de la profesión. También el aspecto secundario del salario, dentro del núcleo familiar, ha frenado su desarrollo¹⁰¹⁰.

Según el estudio de Barcelona¹⁰¹¹ los salarios de enfermería se han equiparado al de otras profesiones de igual nivel académico. Y las enfermeras forman parte de la clase media.

Los usuarios no perciben diferencias en cuanto a la atención prestada por una mujer o un hombre. Consideran que es indiferente porque el trabajo es el mismo. Entre los profesionales hemos encontrado diferentes percepciones, por una parte los que entienden que a la hora de

prestar cuidados no existen diferencias, mientras que algunas enfermeras siguen viendo la enfermería como una profesión que es ejercida mayoritariamente por mujeres, y donde a los hombres todavía les falta por desarrollar la sensibilidad necesaria para tener una actitud cuidadora. También encontramos el caso en un varón que sintió ser discriminado por cuestión de género. Piensan que el género sí que ha podido influir en su desarrollo aunque esta opinión no fue unánime.

En cuanto al salario que debe de cobrar una enfermera, los usuarios preguntados, algunos definen como justo el salario recibido. Otros, en cambio, conciben que se trata de un trabajo de gran responsabilidad, cuyo salario no se corresponde con la ocupación, menos aún si se compara con las pagas que reciben los médicos. Otros en cambio piensan que puede ser justo el salario, pero que su labor es parecida a la de las auxiliares de enfermería, que cobran mucho menos. Los profesionales, consideran que no es un salario acorde con su preparación académica. Los médicos estiman que están mal retribuidas, como todo el resto de profesionales sanitario, que tiene que completar el salario con horas extra en atención continuada (guardias). También encontramos enfermeros que compara su situación con la anterior a la reforma y consideran que han salido ganando. Con respecto a su situación en la sociedad, coinciden con dicho estudio en que pertenecen a la clase media aunque hay considera que son media baja.

V.3.3. 1. *Género*

V.3.3. 1. A. *El relato de los usuarios*

¿Hombre o mujer? El trabajo es el mismo, no depende de eso. Depende muchas veces de la sociedad, del clima social en el que la profesión ha sido aceptada por la población. En mi opinión no hay diferencias. En general, la gente es abierta hoy en día porque ha habido también otros presidentes de mujeres tanto como doctora o médica, como practicante. A día de hoy, no hay ninguna distinción ni prevención, ni a la enfermera se le considera menos que al enfermero igual que al médico y a la médica creo que son relaciones bastante normalizadas B1.H.73

Ser mujer u hombre considero que es indiferente, ahora tan capacitada está una mujer como un hombre. No tiene nada que ver porque la mujer ha demostrado que es, incluso, más inteligente que el hombre. Por lo menos se esfuerza más AU3.M.63

V.3.3.1.B. *El relato de los profesionales*

Si en la profesión hubiera más hombres, posiblemente se hubiesen tomado medidas o actuaciones diferentes. Creo que el hecho de que la mayoría del colectivo de enfermería sea mujer, influye porque aparte de ser mujer, son madres, esposas y tienen una carga familiar. Entonces yo creo que el nivel de ocupación que tiene la mujer a lo largo del día no lo permite dedicar tanto tiempo a lo que es la profesión. En cuanto al trabajo en sí, no considero que haya diferencias por ser hombre o mujer GE1.H.52

Nos han educado desde pequeñas con la idea de que el hombre tiene que ser el jefe y puede mandar, así que ahora lo tenemos en el subconsciente. Te dice el médico algo y parece que lo tienes que hacer rápidamente GE3.M.53

El género sí influye. La mayoría de las personas que conozco son mujeres. Antes la gente estaba más acostumbrada a los practicantes hombres, pero ahora la mayoría se ha habituado a las mujeres, porque parece que tienen más tacto en el trato con la gente, como que te dan más confianza para contarle tus cosas AD3.M.3

No hubiera sido igual. Antes teníamos dos ATS masculinos, pero esto empezó a cambiar cuando vinieron las mujeres. También la sanidad era diferente, ejercían como confesores, como padres más que como personal profesional MD1.M.54.

He conocido profesionales hombres de una valía y de una capacidad de acercarse a los problemas cotidianos de la gente muy grande, pero yo tengo la impresión que sigue siendo el profesional femenino el que más se ha hecho con esto EB9.M.55.

Lamentablemente sí he sufrido estas situaciones. Sí ha habido alteraciones en cómo tratarnos a unos y a otros. Yo he tenido problemas por hacer ciertas funciones como varón. Por ejemplo la consulta de planning, que no podía pasarla. Yo preguntaba el por qué, si no había tenido ningún problema, y me decían que era porque era hombre EB4.H.52.

Viendo la sociedad como estaba antiguamente montada, los médicos eran casi todo eran hombres y mujeres había muy pocas. Enfermeras todas las del mundo, enfermeros cuatro y el de la guitarra. Aquí, nos plantamos con el tema de las recetas. Nosotras somos más conformistas. Los practicantes, sin embargo, eran más peleones y reivindicativos, sobre todo si se trataba de dinero. No nos unimos y no peleamos lo suficiente como para hacernos ver, y eso sí que creo que tiene que ver con el género, con que hemos estado siempre por debajo y todavía no ha llegado el día que digamos: "No señores, aquí somos uno más, nada de por debajo de" EA2.M.55.

Considero que sí porque quizá el hombre se ha podido enfrentar más al médico que la mujer. Como siempre, el papel que ha tenido la mujer es de sumisa. Al hombre, sin embargo, le cuesta menos enfrentarse de tú a tú EB4.H.48

V.3.3.2. *El Salario*

V.3.3.2. A. *El relato de los usuarios*

Cobran poco para la responsabilidad que tienen. A veces para cuando llega el médico, ya han resuelto la papeleta, y eso que el médico cobra casi el doble AU03.M.63.

Con relación a lo que hacen, las auxiliares deberían de cobrar más porque su labor es parecida AU7.M.60.

V.3.3.2.B. *El relato de los profesionales*

Todos los puestos sanitarios están no están remunerados, desde primero al último MD2...Con cualquier oficio se cobra más MD3.

El salario no es el adecuado, de la misma manera que tampoco considero adecuados salarios de otras carreras medias, comparándolo con el rango académico AD1.M.48

Totalmente a mejor, hemos mejorado en calidad de vida y económicamente EA3.H.53.

No solo me siento mal pagada, sino también vapuleada en dichos y recortada en medios y tiempo a la hora de transmitir nociones y conocimientos que son efectivos para la salud de mis pacientes. No obstante, aquí estoy, con más disposición que el 'caballo de Espartero', intentando que esto mejore y dando gracias a Dios por disponer de un trabajo que, encima, me encanta EA4, M.56

Es muy bajo, conseguimos subir la nómina a base de guardias (sueldo base 900 euros) EB2.H.53

V.3.3.3. *Clase Social*

V.3.3.3.A. *El relato usuarios*

Clase media alta AU1 .M.64

Clase media A42.H. 62

V.3.3.3.B. *El relato profesionales*

Nivel medio, como los médicos MD3.H.65

Clase media baja AD1.M.48

Clase media EB4.H.48

Los profesionales coinciden con los resultados encontrados en el trabajo Pico Merchán cuando plantea que el hecho de ser la mayoría mujeres, influye,¹⁰¹² y con Perezagua García¹⁰¹³. en que lo que más satisface a los enfermeros son las relaciones interpersonales y la competencia profesional. Lo que menos, el sueldo, la falta de promoción y la formación, el distanciamiento con lo que representa el lugar de trabajo como institución y las malas condiciones de trabajo.

V.3.3.4. A modo de resumen de la Redistribución

El paradigma de la redistribución se centra en injusticias que se define como socioeconómicas y supone que están enraizadas en la estructura político-económica de la sociedad. La clase social corresponde a la dimensión distributiva, que tiene que ver con el reparto de los recursos económicos y la riqueza. El género estructura la división dentro del trabajo remunerado y no remunerado o entre ocupaciones de altos salarios y otros mal remunerados. La profesión de enfermera se encontraría ubicada entre las de 'cuello rosado', y es considerada por los informantes encuadrada entre la clase media y en general, entienden que su salario es bajo. En cuanto a la evolución, la mayoría de los profesionales valoran que el hecho de ser la mayoría mujeres si ha podido influir. Los usuarios dicen no ver diferencia, pero algunos de ellos de los opinan que las mujeres están mejor predispuestas al cuidado que los hombres.

V.3.3.5. Bibliografía.

-
833. Fraser, Nancy. *¿De la redistribución al reconocimiento?* Ed. Morata Madrid, 2006.
834. Fraser, Nancy. La justicia social en la era de la política de identidad: Redistribución, reconocimiento y participación. En Fraser, Bonnet H. *¿Redistribución o Reconocimiento?* Ed. Morata Madrid 2006. PP.: 29.
325. Fraser, Nancy. Redistribución y reconocimiento: hacia una visión integrada de justicia del género. RIFP/8(1996) pp. 35-38.
- 836 Ibidem Germán Bes, C; Fajardo Trasobares, E; Sobreviela Ruiz, 2004 PP:2
- 837 Netto L, Ramos F. Consideraciones finales sobre el proceso de construcción de la identidad del enfermero en el trabajo cotidiano. Rev. Lat. Am Enfermagem. 2004; 12 (1): 50-57.
- Como el de Fuster Caballero⁸³⁸. Fuster Caballero, Dolores Et al. Demanda de la población de enfermería de atención primaria de salud. Albacete capital 1997 Revista de enfermería Nº 9, 1999.
839. Mira JJ, et al. Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y Atención Primaria. Rev. Calidad Asistencial 2002; 17(5):273-83.
840. Ibidem Agudo Polo Santiago, et al. 2002, PP: 104-8.
841. García Casado, Irene; Ors López, Raúl y Rodríguez Perales, Rosa M^a. ¿Conoce la población los servicios que ofrece la Enfermería Comunitaria? Enfermo Comunitaria (Gran). 2006 ene-jun.; 2(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/comunitaria/v2n1/a17-23.php> (Consultado el 23-1-2012).
842. González Pascual Juan L, et al. Consulta de enfermería a demanda en los centros de salud. Del INSALUD de la Comunidad de Madrid Enfermería Clínica 2004; 14(1):25-30.
843. Zornoza Villagarcía, Marta; Díaz de Rada Turumbay, Eva ¿Conoce la comunidad el alcance de los conocimientos de los profesionales de enfermería? Pulso 2010 abr.; 61:22-25.
844. BuenasTareas.com Buen Trato. (2012, June 21). Retrieved from:<http://www.buenastareas.com/ensayos/Buen-Trato/4605718.html>. (Consultado el 14-6-2012).
- 845 Ibidem Nigthingale Florence, 1990, PP.125

-
- 846 Kuerten Rocha, Patricia; do Prado, Marta Lenise; de Gasperri, Patricia; Sebold, Luciana Fabiene; Waterkemper, Roberta; Bub, Maria Bettina C. El cuidado y la enfermería av. enferm.-Col- 2009 ene-jun27(1):102-109
847. Ferrer Arnedo, Carmen. Retos y oportunidades de Enfermería Comunitaria. Los valores como motores de transformación en la práctica del cuidado en Atención Primaria. Revista Iberoamericana de Atención Primaria. Vol. 4 Nº. Octubre de 2011.
- 848 Ibídem Waldow, Vera Regina. 2008. PP 130
849. Hernández Martínez, Rafael; Carrillo Hidalgo, Dolores; Barber María, Virginia; Codern i Bové, Núria. La relación enfermera-paciente en la atención primaria de salud. Un estudio cualitativo. Rev. Paraninfo Digital, 2008; 5. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n5/o050.php>. (Consultado el 25-5-2011)
850. Quintero, María Teresa; Gómez, Margarita, El cuidado de enfermería significa ayuda. Aquichán 2010, 10, (1)8-18.
851. Mejía Lopera, María Eugenia; Significado del cuidado de enfermería para el paciente en estado de cronicidad: Índex de Enfermería [Índex Enferm] (edición digital) 2008; 17(4). Disponible en :<<http://www.index-f.com/index-enfermeria/v17n4/6749.php>.(Consultado el 4 de Mayo de 2010).
852. Ibídem. Mira Juan, et al. 2002; 17(5):273-83.
853. Agüero Caro, Magdalena. El arte de escuchar: elemento esencial del uso terapéutico de sí mismo. Presencia 2005; 1(1). Disponible en <<http://www.index-f.com/presencia/n1/7articulo.php>> [ISSN: 1885-0219] (Consultado el 12-1-2010).
854. Santa Clotilde Jiménez, E. Opinión de los usuarios sobre la profesión y el trabajo de los profesionales enfermeros. Biblioteca Las casas, 2006; 2 (4). Disponible en : <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0188.php>. (Consultado el 12 de Abril de 2010).
33. Ibidem. Waldow Vera, Regina 2008, PP:135.
- 856 Orkaizagirre Gómara, Aintzane. La Relación de Cuidado. Rev. Paraninfo Digital 2013 ;VII(18)Disponible en :<http://www.index-f.com/para/n18/v004.php>(Consultado el 26-7-2014)
- 857 Gasch Gallén, Ángel; Moreno García, Ana; Germán Bes, Concha. El aprendizaje de los cuidados invisibles. Rev. Paraninfo Digital 2012 ; VI(15)Disponible en <http://www.index-f.com/para/n15/pdf/094p.pdf> (Consultado el 26-7-2014)
858. Ibidem Orem, Dorotea. Modelo de Orem. 1993.
859. Canadian Nurses Association. Community health nursing certification examination: list of competencies. Ottawa; 2004.
860. Asociación de Enfermería Comunitaria.<http://enfermeriacomunitaria.org/web/menu-principal-item-asociacion.html> (Consultado el 14-6-2012)
861. Federación de Asociaciones de enfermería familiar y comunitaria (FAECAP) Análisis y Propuestas de futuro Para la mejora del Trabajo enfermero en Atención Primaria documento_base_jornadas_faecap_10_05_06. (121k) 2006 Disponible en: www.faecap.com/documents/download/39. (Consultado el 20 de Nov. de 2009)
- 862 Jiménez Otero, MO; Ruiz Arias, Esperanza. Consulta de enfermería en consultorios ambulatorios. Sevilla: Junta de Andalucía; 1996.
- 863 Xímenes Neto, FR; Melo, J R. Control de la hipertensión arterial en atención primaria de salud. Un análisis de las prácticas del enfermero. Enferm Global Esp- 2005; 6. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/506>.(Consultado el 1 de Abril de 2013)
864. Maldonado Pacheco, Adriana; Corral Sastre, Lucía; Arranz Cabañas, Soraya; Aranda Moreno, Silvia; Serrano Gallardo, Pilar. Problemas Educare 21 -Esp 2010; 64.
- 865 Tique, Claudia Rocío. Intervención de enfermería en el manejo preventivo de la diabetes e hipertensión. Actual 2001; 4(4):9-13.
866. Daleó Baqué, A; Gibert Llorach, E; Vila Coll, MA; Sabartés Saperas, T. Diagnóstico y seguimiento de la hipertensión arterial: ¿Es relevante el papel del personal de enfermería? Aten Primaria. 2000; 26: 94-7. Vol.26 núm. 3.
- 867 Lordán Ibarz, Goretti; Monclús Muro, Ana; Calderón Grau, Pilar; Aguerri Martínez, M Ángel; Chaverri Alamán, Carmen. Educación Sanitaria a cargo de Enfermería: influencia en la calidad de vida del paciente diabético. Rev. Paraninfo Digital 2008 II (5) Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n5/p118.php>(Consultado el: 13 de Mayo de 2013.)

-
- 868 Molinés Barroso, Raúl Juan; Álvaro Alfonso, Francisco Javier; Rodríguez Lorenzo, Silvia; Lázaro Martínez Revisión bibliográfico sobre el enfoque integral del paciente con pie diabético en la consulta de enfermería de atención primaria. Rev. ENE Enfermería 2007; (1):45-55.
- 869 Martínez Marcos, M et al. Eficacia de un taller de habilidades de afrontamiento en pacientes diabéticos. Metas de Enfermería feb. 2007; 10(1): 23-30.
- 870 Ramón-Cabot, Joana; Fernández-Trujillo, Montserrat; Forcada-Vega, Carme y Pera-Blanco, Guillem. Efectividad a medio plazo de una intervención educativa grupal dirigida al cuidado de los pies en pacientes con diabetes tipo 2. Enfermería Clínica. 2008; 18(6):302-308.
- 871 Monteros Morales, C; Álvarez Vargas, C; Echevarría Zamanillo, M; Pérez Alonso, J; Sánchez Gómez, MB y Duarte Clementes, G. Tratar la obesidad: El plato fuerte de la Atención Primaria. Rev. Parainfo Digital. 2008; II (5). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n5/o081.php> (Consultado el: 13 de mayo de 2013.)
- 872 Rincón del Toro, Teresa; Piqué Prado, Eva; Gil Gómez, Ricardo. Prevalencia de sobrepeso, obesidad y alteración de la nutrición por exceso en población infantil de una zona básica de salud. Metas de Enfermería 2009; 12(8).
- 873 Peñuelas Carcavilla, María Cruz; Enjuto Gutiérrez, Belén; Cruz Argudo, Javier y Peñuelas Carcavilla, Raquel. Prevalencia de lactancia materna en Atención Primaria e influencia de factores socio sanitario y cultural. Metas Enferm. 2008.; 11(7):14-17.
- 874 Martínez Gutiérrez, Cristina y Olivencia Varón, Raúl. Humanización de los cuidados pediátricos de enfermería en atención primaria. Rev. Parainfo Digital. 2008; 4. Disponible en :<http://www.index-f.com/para/n5/o081.php>(Cosultado el : 13 de Mayo de 2013)
- 875 Ibídem Peñuelas Carcavilla, María Cruz; Enjuto Gutiérrez, Belén; Cruz Argudo, Javier; Peñuelas Carcavilla, Raquel.2008 ; PP:14-17
- 876 González Rodríguez, Angustias; Serrano Moreno, M^a Serrano y Bernabé Moyano, M^a Ángeles. Taller permanente "Alimentación y Salud". Intervención educativa dirigida a familias de escolares en situación de sobrepeso y obesidad. Rev. Parainfo Digital. 2008; Año 2(3). Disponible en <http://www.index-f.com/para/n3/p020.php> (Consultado el 13 de Mayo de 2013)
- 877 Martínez Riera, José Ramón. Enfermera Comunitaria versus Enfermera Escolar. Rev. ROL. Enferm. 2009; 32(7-8):46-49.
878. World Health Organization. The Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa (CA): WHO; 1986.
879. Polo Vallejo, Juan Antonio; Rodríguez Romero, Asunción; Gómez-Plana Usero, M^a José; Portales Pérez, Rosa; Tauste Torroba, Antonio y Verdier Mayoral, Juan L. Experiencia de participación y significación de la salud comunitaria. Rev. Parainfo digital. 2008; Año 2(3). Disponible en <http://www.index-f.com/para/n3/o024.php>.(Consultado el 6-3-2012)
880. Ribeiro Cunha, R. ET al: promoção da saúde no contexto paro ara: possibilidade de cuidado de enfermagem. Texto contexto, Enferm, Florianópolis, 2009 jr; 18(1): 170-6.
881. Machado, Raquel Margarita. Concepções e práticas de autocuidado sob a ótica de enfermeiras docentes. Disponible en: <http://200.169.226.83:82/12cbcnf/arquivostrabalhos/i10794.e3.t2161.d3ap.doc>.(consultado el 6-3-2012)
882. Cuevas Moreno, María José. Educación Sanitaria en una mujer que debutó con Diabetes tipo 2. Enfermería Comunitaria (Gran) 2008 4(2) Disponible en: <http://www.index-f.com/comunitaria/v4n2/ec6710.php> (Consultado el 6-3-2012).
883. Gálvez Ramírez, Felisa; Duarte Climents, Gonzalo; Gómez Salgado, Juan; Sánchez Gómez, María Begoña. Roles y funciones de enfermería comunitaria Fundamentos teóricos de la enfermería comunitaria. Enfermería comunitaria I Madrid Fundación para el Desarrollo de la Enfermería (FUDEN) 2007.
863. Ibídem Kérouac, Suzanne; Pepín, Jacinthe; Ducharme, Francine; Duquete, André; Major, Francine. 1996.PP:63
885. González López, Esther. Enfermería en Atención Primaria, retos para el milenio. Revista de Administración Sanitaria. Volumen V. Número 18. Abril/junio 2001.
886. Salazar Agulló, M. Las enfermeras y la Ley de Dependencia en España. Índex de Enfermería [Índex Enferm] (edición digital) 2006 52-53. Disponible en <<http://www.index-f.com/index-enfermeria/52-53/0709.php>> (Consultado el 5-10-2010).
- 887 Pires D. La enfermería como disciplina, profesión y trabajo Rev. Bras Enferm, Brasília 2009 set-out; 62(5): 739-44.

888. Apóstalo, João Luís Alves. O conforto más teorías de enfermagem - análise do conceito e significados teóricos [El Consuelo en las teorías de enfermería - análisis del concepto y significados teóricos] Referencia. 2009 mar 2(9):61-67.

889 . Diez dimensiones de Cuidados invisibles En palabras de enfermos, familiares, estudiantes enfermeras.

1) Enseñar: fomento autocuidado son las acciones de educación que se realizan en la educación maternal, en personas con diabetes, o hipertensión, con problemas de Fibromialgia, en urgencias o en la cabecera de la cama del enfermo. 2) Mantener la relación de confianza (Relaciones sociales, Confianza, dar buen trato) da seguridad y tranquilidad. Las personas con patología crónica dicen que la confianza en la enfermera es clave. 3) La relación con el otro, la necesidad de ayuda: ...que como enfermera y en base a los conocimientos médicos, sientes la necesidad del paciente. 4) El tacto es una expresión de la atención verbal y no verbal, muestra preocupación por el otro, por la noche en urgencias, un toque da una sensación de tranquilidad.

5) La Escucha: Fundamental para establecer una buena relación con el propósito de interpretar y conocer al otro. "

6) Acompañar, reemplazar a, sufrir con cuando se realiza un abordaje del cuidado con carácter espiritual, no solo físico en muchas ocasiones se trata de estar al lado. Saber que no está solo 7) Dar ánimo (tranquilizar, Interés por el otro, Alegrar). Los pacientes sienten estos cuidados y los relatan y perciben como un acto en los que las enfermeras procuran que recobren el sosiego. 8) El confort: Dentro del confort está el control del dolor procurar que se sientan cómodos. 10) Permanecer, Dedicación, estar pendientes, la presencia, la disponibilidad y la vigilancia. Las propias enfermeras Dan mucho valor a que los pacientes se sientan seguros sabiendo que ellas están cerca.

890. Ibídem Germán Bes, Concepción; Hueso Navarro, Fabiola. 2010, PP:1-6.

891. Pico Merchán, María Eugenia; Tobón Correa, Ofelia. Sentido del rol del profesional de enfermería en el primer nivel de atención en salud. Índex de Enfermería [Índex Enferm] (edición digital) 2005; 51. Disponible en <http://www.index-f.com/index-enfermeria/51/5918.Php>(Consultado el 5-5-2011.)

892 Ibídem. Waldow Vera, Regina 2010, PP:75.

893. Ibídem Kuerten Rocha, Patricia; do Prado, Marta Lenise; de Gasparri, Patricia; Sebold, Luciana Fabiene; Waterkemper, Roberta; Bub, María Bettina C. 2009 PP:106

894. Guerra Martín, M^a Dolores. La compasión y la confidencialidad en la prestación de cuidados enfermeros. Educare 21 Esp-] 2007. Enero. (32).

895. Ibídem. Boff, Leonardo 2002. PP: 29.

896. Ibídem Quintero, María Teresa; Gómez, Margarita. 2010.

897. Hernández Vergel, Lázaro Luis; Zequeira Betancourt, Dulce María; Miranda Guerra, Amauri de Jesús. La percepción del cuidado en profesionales de enfermería Rev. Cubana Enfermar 2010; 26(1):30-41.

898. Do Nascimento, Keila Cristina; Lorenzini, Erdmann; Alacoque, Leite; Josete, Luzia; Marcelino, Gabriela; Ribeiro, Juliana Aparecida. Conceitos de cuidado sob a perspectiva de mestrandas de enfermagem. Revista Gaúcha de Enfermagem 2008, 27(3), 386.

899. Baggio, Maria Aparecida. O Significado de cuidado para profissionais da equipe de enfermagem. Revista Electrónica de Enfermería 2006; 8 (1):9-16. Disponible en :http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_01.htm [Consultado el 12 de diciembre de 2008].

900. Queiróz AA. Empatia e Respeito. 2 ed. Coimbra: Editora. Arianne. 2004.

901. Finfgeld-Connett. D. PhD, APRN, BC. Meta-synthesis of caring in nursing Journal of clinical Nursing. 2007 17, 196–204.

902. Ibídem Pico Merchán, María Eugenia; Tobón Correa, Ofelia. 2005, PP: 51.

903. Medina, Teresa. El avance tecnológico y la capacidad de escucha, Index Enferm (Gran) 2005; XIV (51):63-64 Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/51/6079.php> (Consultado el 13 de Mayo de 2013).

904. Báez-Hernández, Francisco Javier; Nava-Navarro, V; Ramos-Cedeño, L; Medina-López, OM. El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. Aquichan, 2009; Vol. 9, No 2

-
905. Urbina Faraldo, Inmaculada. Escuchar y cuidar. *Índex de Enfermería*. [Índex Enferm] (edición digital) 2006 55. Disponible en :<http://www.index-f.com/index-enfermeria/55/7102.php>(Consultado el 12-1-1012).
906. *Ibidem* Moliner María. 2008. PP: 430
- 907 *Ibidem* Nigthingale, Florence, 1990, PP:135
908. *Ibidem*. Waldow Vera, Regina 2010, PP:75.
909. *Ibidem* Agüero Caro, M. 2005
- 910 *Ibidem* Báez-Hernández, Francisco Javier; Nava-Navarro, Vianet; Ramos-Cedeño, Letícia; Medina-López, Ofélia M.2009; PP: 127-134
911. *Ibidem* Vélez Álvarez, Consuelo; Hoover Vanegas García José. 2011, PP: 175 - 189
912. Martí Robledo, Elena Et AL. La profesión enfermera a lo largo de 14 años de modelo de Atención Primaria Metas 1999; 14.
913. Celma Vicente, Matilde. Género y cultura organizacional administradores del poder entre enfermeras y médicos. *Tesela* [Rev. Tesela] 2007; 1. Disponible en <<http://www.index-f.com/tesela/ts1/ts6329.php>> (Consultado el 3 de mayo del 2012).
914. Martín Zurro, Amando; Cano Pérez JF. *Atención Primaria. Concepto, Organización y Práctica Clínica*. 5ª ed. Madrid: Elsevier, 2003.
915. *Ibidem* Maya, María Cecilia. 2 003, PP:101
916. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección de Planificación Sanitaria. *Guía de Enfermería en Atención Primaria de Salud*. Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaria General Técnica Madrid 1988.
917. *Ibidem*. Germán Bes. 2006, PP: 87.
918. Guirao Goris, Adolf. La FAECAP y la AEC unen sus esfuerzos para conseguir la especialidad. *Boletín de enfermería comunitaria II-2001 / VOL 7 / Nº 2*.
919. UGT Federación de Servicios públicos Consideraciones de la FSP-UGT ante el Proyecto de Real Decreto sobre Especialidades de Enfermería. Disponible en: <http://seapaonline.org/uploads/documentacion/LicenciaturaEspecialidad/Consideraciones%20de%20FSP-UGT%20al%20proyecto%20del%20R.D%20sobre%20especialidades.pdf>.(Consultado el 12-5-2011)
920. Lapon Estella, Carolina; Granilleras Mercader, Sílvia; Orozco Grádanos, Eva; Muñoz Penalba, Anna; Pedret Llaberia, Roser; Roca Bitria, Blanca *Traslados en Enfermería: movilidad voluntaria en clave migratoria Metas Enferm* 2010; 13(7):62-65.
921. García Márquez, María Dolores; Pega ajar Garrido, Alberto. La OPE extraordinaria 2002 y la migración de enfermeras hacia la Atención Primaria *Rev. Paraninfo digital* 2008; Año 2(3) Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/p127.php> (Consultado el: 14 de Mayo de 2013).
- 922922 Ayuso Raya Candelaria, Escobar Rabadán Francisco, Boix Gras Clotilde, Navarro Piñeiro Penélope, Ramos Guisande Celia. La Práctica de la Medicina de Familia en el National Health Service. *Rev. Clin Med Fam* [revista en la Internet]. 2011 Feb [citado 2014 Jul 14]; 4(1): 57-68. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2011000100009&Ing=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2011000100009>
923. De Pedro, J; Gómez, J; Rios, MJ. Estudio sobre la opinión que merece a los profesionales implicados en la reforma de Atención primaria, el papel desempeñado por las enfermeras y propuestas de futuro. *Evidencia* 2004; 1(3). En: <http://www.index-f.com/evidencia/n3/72articulo.php> [ISSN: 1697-638X].(Consultado el: 19-3-2012).
924. *Ibidem* Corrales, Galindo ET al. 2000, PP:. 34 - 47.
925. Sancho Viudez; Santiago .Análisis de situación y propuestas de mejora en enfermería de atención primaria de Mallorca: un estudio con grupos focales. *Rev. es salud pública enfermería...* N.º 5 - Septiembre-October 2002.
926. Castell Simón, S; Viñas Maestre, M. Rol enfermera en el equipo de atención primaria: opiniones y expectativas de los profesionales el equipo. *METAS. Enferm* 2001; IV (379).30.35.
927. Ribeiro, Jorge Manuel da Silva. *Autonomia profissional dos enfermeiros* [Autonomia profesional de los enfermeros] Referència 2011; III(5):27-36 : <http://www.index-f.com/referencia/2011pdf/35-027.pdf>.(Consultado el 5-3-2012).

-
928. Ibídem Camargo i.; caro, CV 2010. PP. 145
- 929 Camargo itza leiliana; Caro Clara Virginia. El papel autónomo de enfermería en las consultas. Av. enferm.2010., xxviii (1): 143-150.
930. OMS. Enfermería en acción. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo 1993.
931. Villela Rodríguez, Esther. Género, Poder/Saber; su Impacto en la Profesión de Enfermería. Desarrollo Científ Enferm Méx-] 2010; 18(10):403-408.). Disponible en : <http://www.index-f.com/dce/18/18-403.php>(Consultado el 20 de Abril de 2012)
932. Sotoca, Rafael. Ética, bolígrafos y comidas gratis. A propósito de las relaciones entre médicos e industria farmacéutica [Grup d'Ética societat catalana de medicina familiar i comunitaria. La ética en la relación con la industria farmacéutica. Encuesta de opinión a médicos de familia en Cataluña. Aten Primaria 2004; 34:6-12]GCS 2004; 6(3):94.
933. Miguélez Chamorro, Angélica. Desarrollar las competencias enfermeras en beneficio de la población, los profesionales y el sistema sanitario. Tesela [Rev. Tesela] 2009; 6. Disponible en <http://www.index-f.com/tesela/ts6/ts7250.php> Consultado el 5-10-2010.
934. Berti HW, Eliana; MB Godoy, I; Spiri WC, Bocchi SCM. Percepção de enfermeiros recém-graduados sobre sua autonomia profissional e sobre o processo de tomada de decisão do paciente. Rev. Latino-Am Enfermagem. 2008; 16(2): 184-91.
935. Seis dedos, Nicolas. El clima laboral. Colégio Oficial de Psicólogos de Madrid. 2003 copmadrid.org Disponible en: http://scholar.google.es/scholar?start=20&q=desarrollo+profesional+clima+laboral+&hl=es&as_sdt=0(Consultado El 12-4-2012).
936. Ibídem Galindo a, ET al. Enfermería clínica 2002; 12(4):157-65.
937. Nasaif HA. Doctor of Nursing Practice, Nursing Faculty, Royal College of Surgeons-Bahrain, Busaiteen, Kingdom of Bahrain Knowledge and attitudes of primary care physicians toward the nurse practitioner role in the Kingdom of Bahrain. J Am Acad Nurse Pract. 2012 Mar; 24(3):124-31. Doi: 10.1111/j.1745-7599.2011.00710.x.(Consultado el 12-6-2012).
938. Anderson J, S.Storied experiences of nurse practitioners managing prehyper J Am Acad Nurse Pract. 2012 Feb; 24(2):89-96. Doi: 10.1111/j.1745-7599.2011.00663.x. Epub 2011 Sep.
939. Ibídem :Laurant, MG; Hermens, RP; Bras penning ,JC; Akkermans, RP; Sibbald , B; Grol, RP. 2008; 17(20): 2690-8. Epub 2008 Jul 17.
940. Ibidem. Celma Vicente, Matilde. 2012, PP:234
941. Ibidem. Lunardi Valeria L; Peter, E; Gastaldo, 2006.
942. Ibidem Waldow, Vera Regina. 1996, PP: 66.
943. Padre Seoane, Miryam; Pita barral, Mª del Carmen. Público. Valiño Pazos, Cristina. Imagen social de la enfermería: un vistazo al espejo; Enferm científ. 2004 89:32-33.
944. Zamorano Pavón, Carolina. Identidad profesional en enfermería: un reto personal y profesional. Rev. Investigación y Educación en Enfermería 2008; Vol. XXVI (2). Investiga y Educación en Enfermería2, septiembre, 2008
945. Cariñena Lezaun, Ana et al. Estudio de prevalencia diagnóstica en consultas de enfermería de Atención Primaria de Navarra.IV simposio internacional de Diagnósticos de enfermería. Hacia la excelencia de los cuidados desde el Razonamiento Diagnóstico. A C Coruña 2002. PP104
946. Urdaniz Ruiz, Conchi; Santacruz Redrado, Eva; Martínez Agorreta, Susana; Pozueta Diéguez, Guadalupe. Mejora de la calidad de la vacunación antitetánica en el Centro de Salud de Buñuel, Pulso 2009; 58:28-29.
947. Sánchez Blanco, David; Díaz Rubio, Ángela; Pacheco López, Isabel Mª; Román Andrades, Mª Teresa Promoción de salud mediante vacunación antigripal en un grupo de riesgo: usuarios del programa de metadonaRev. Paraninfo digital 2008; 2(3). Disponible en: <<http://www.index-f.com/para/n3/p100.php>> (Consultado el12 de Abril de 2013).
948. Novo-García, Carmen; de Dios-Perrino, Sofía; Lafuente-López, Concepción; Romero-Arancón, Carmen; Herrero-Rubio, Felisa. Retinografías y tonometría en atención primaria: técnicas incorporadas a la práctica habitual de enfermería. Enferm Clínica 2011; 21(1):19-24.

-
949. Alfonso Díaz, Inmaculada; Ibiricu Barro, Ángeles; Doblado López, Olga. Impacto de la implantación del Programa de Retinografía con Cámara no Midriática en un Área Básica de Salud. *Rev. Paraninfo Digital*, 2011; 12. Disponible en: <<http://www.index-f.com/para/n11-12/089d.php>. (Consultado el 12 de Abril de 2013).
950. Chorén Freire, M^a Jesús; Campo Vázquez, Felicitas; Díaz Ortiz, M^a Ángeles; Campo Vázquez, Concepción y Cascón García, Miguel. Valoración del paciente del control del Sintrom en su centro de salud. *Evidentica*. 2005 ene-abr.; Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n4/90articulo.php>. (Consultado el 12 de Abril de 2013).
951. RAE. [Internet]. Definición de conceptos. [citado 18 diciembre 2008]. Disponible en: <http://www.rae.es/rae.html>.
952. *Ibidem* Castel Simon 2001
- 953 Serrano Del Rosal, Rafael; Ranca Romero, Julia. La importancia e invisibilidad de las enfermeras en Atención Primaria de Salud. *Índex de Enfermería* 2010; 19 (1):9-13. Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermería/v19n1/7058.php>(Consultado el: 13 de Mayo de 2013).
954. Zabalegui Yárnoz, A et al. La Enfermería y el cuidado comunitario. *Metas de Enferm* nov. 2005; 8(9): 8-12.
955. Maciel, Isabel Cristina Filgueira; Araujo, Thelma Leite de. Consulta de enfermagem: análise das ações junto a programas de hipertenso arterial, em. *Fortaleza. Rev. Latino-Am. Enfermagem Ribeirão Preto*, v. 11, n. 2, mar. 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000200010&lng=pt&nrm=iso. acessos em 06 abr. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692003000200010>
- 956 *Ibidem* Miguélez Chamorro, Angélica. 2009; 6.
957. Borrell Carrió, F; Gené Badía, J. La Atención Primaria española en los albores del siglo XXI. *Gestión Clínica y Sanitaria*. 2008; 10(1): 3-7. ISSN: 1575-7811. Disponible en: <http://www.iiss.es/gcs/gestion35.pdf>. (Consultado el 3 de Abril de 20123).
958. Peya Gascóns, Margarita. Proyecto AP21: estrategias para la atención primaria en el siglo XXI. *Nursing -Ed. es-*. 2006; 24(6):6.
959. Duarte Climents, Gonzalo; Gómez Salgado, Juan y Sánchez Gómez, María Begoña. *Fundamentos teóricos de la enfermería comunitaria. Enfermería comunitaria I. Primera*. Madrid: Fundación para el Desarrollo de la Enfermería (FUDEN), 2007. 393 p. 84-96690-43-1/ DL M-43764-2007. Libro divulgativo. 2A-FUN-2007.
960. Ferrer Arnedo, Carmen. Liderazgo enfermero en la gestión de la cronicidad. *Metas de enfermería*, ISSN 1138-7262, Vol. 14, Nº. 8, 2011, PP. 3.
961. *Ibidem* Lagares Vallejo, Eloísa. 2008.
962. Brugués, A; Peris, A; Martí, L; Flores G. Abordaje de la demanda de visitas espontáneas de un equipo de atención primaria mediante una guía de atención de enfermería. *Aten Primaria*. 2008; 40: 378—91.
963. *Ibidem* Leal Negre, Mireia; Alvarado Montesdeoca, Carles; Domenech Rodríguez, Cecilia; Garijo Borja, Ana; Moreiras López, Sonia 2011: 35
964. Morales Asensio, José Miguel; Martín Santos, Francisco Javier; Contreras Fernández, Eugenio & Morilla Herrera, J. C.. Prescripción de medicamentos y productos sanitarios por Enfermeras Comunitarias. *Enfermería Comunitaria*, 2006;2(1) Disponible en: <http://www.index-f.com/comunitaria/v2n1/a49-57.php>(Consultado el 12 de Nov. de 2009)
965. Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria. Informe Asanec sobre la Prescripción Enfermera. biblioteca Lascasas. 2005; 1(1).Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0037.php>(Consultado el 12 de Abril de 2012).
966. Jodar Sola. Gloria, Jodar Sola. Núria, Cuxart- Ainaud. Zabaleta-Del-Olmo, Edurne. Reflexiones sobre la prescripción enfermera en el ámbito de la atención primaria de salud. *Aten Primaria*. 2009; 41:335-8.
967. Enciso Higuera, Juan. Competencias en Ap. de Tenerife *Rev. ENE Enferm*. 2011; 5(3):44-51 Disponible en: <http://enfermeros.org/click/click.php?id=186> (Consultado el 12 de Nov. de 2012)
968. Amezcua, Manuel; Hernández Zambrano, Sandra M; Gálvez González, María. Estrategias para la implantación de la prescripción enfermera desde la perspectiva de los profesionales sanitarios. *Rev. Paraninfo Digital* 2011; Año V (14) Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n14/002r.php>(Consultado el: 13 de Abril de 2012).

969. Cerrillo Patiño, José Rodrigo. Sistema de Información de Atención Primaria: "Turriano", software al servicio de las/os enfermeras/os de AP. Plataforma de elaboración de Planes de Cuidado y de Atención de Enfermería (PAE)" Evidentica. NANDA-NIC-NOC "De la perplejidad a la generación de conocimiento". Resumen de póster. Evidentia 2007; 4(13). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n13/305-2articulo.php>. (Consultado el 13 de Nov. de 2010)
970. Brito Brito, Pedro Ruymán. El proceso enfermero en atención primaria (II): diagnóstico Rev. ENE Enferm. 2008; (2):8-18. Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/184> (Consultado el 12 de Nov. de 2009)
971. Cerezo Sanmartín, M; Gutiérrez Aranda, JM; Perán Artero, S; Gómez González, G; Carrasco Gutiérrez, P Historia clínica informatizada de enfermería en el Departamento de Torrevieja salud como Instrumento de gestión de calidad. Enferm Global - Esp-2009; 2(17).
972. Del Olmo Macià, C; Ondiviela Cariteu, A; Solé Brichs, C; Besora Torradeflot, I; Gibert Llorach, E; Ferre Vall M.
- ¿La Informatización de los planes de cuidados en Atención Primaria, facilitará la integración de la taxonomía (NANDA-NIC-NOC) en la práctica clínica? Institut CATALA de la Salut- Atención Primària. Evidentica 2007; 4(13). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n13/305-2articulo.php> [ISSN: 1697-638X]. (Consultado el 1-4-2012).
973. Orta Álava, Rosa M^a; Pérez Guerra, M^a Ángeles; Oyón García, Pili; Lorente Simón, María; Ansó Ruiz, Ana; Grávalos Mañero, Merche; Jaén Bedate, Elisa; Jiménez Pérez, M^a Ángeles; Gómez Abadía, Ana. Planes de cuidados enfermeros como mejora de calidad de la consulta enfermera en Atención Primaria Pulso 2009; 60:36-37.
974. Capilla Díaz, C. (2005). Sistematización del Trabajo enfermero [Varios autores. Manual de metodología de trabajo enfermero en Atención Primaria. Asociación de Enfermería Comunitaria de Cantabria. Barcelona, 103 p. Índex Enferm (Gran) 2003; XIV. (50): 79-80. disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/50revista/5447.php>. (Consultado el; 13 de Abril de 2012).
975. Fernández Copado, M. L. Cuidando y promocionando la salud infantil en el Centro de Salud Dr. Ricardo Fernández Valadés de Jódar (Jaén). Rev. Paraninfo Digital 2008.; 2(3) Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/p008.php>. Consultado el: 13 de Abril de 2012.
976. Galán Sandra, Beatriz; Rojas de Mora-Figueroa, Ana; García Cañadas, M^a Luisa; Reyes González, Carmen; Vargas Gómez, Carolina; Aguilera Maldonado, Lidia; García García, Inmaculada. Implantación de los modelos de cuidados en atención primaria: ¿teoría o realidad? Rev. Paraninfo Digital, 2007; 1. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n1/p163.php> (Consultado el 12-4-2011.)
977. Pérez Rivas, F. J; Ochandorena Juanena, M; Santamaría García, J. M; García López, M; Solano Ramos, V; Beamud Lagos, M; et al. Aplicación de la metodología enfermera en atención primaria. Revista de Calidad Asistencial (2006). 21(5): 247-254.
- 978 Igea Moreno, M; Lozano García, Y; González Gascón. Reimplantación de la metodología enfermera en los sistemas informáticos de atención primaria. Enferm Global -Esp- 2005; may 6. . Disponible en: www.um.es/eglobal/ (Consultado el: 13 de Nov. de 2010)
979. Giménez Maroto, Ana María; Serrano Gallardo, Pilar. Imprecisiones del proceso diagnóstico enfermero. 2008 dic. 2009; 11(10):57-62.
- 978 Torradeflot, Imma Besora; Del Olmo Macià, Carme; Gibert Llorach, Elvira; Ondiviela Cariteu, Àngels; Solé Brichs, Claustre Diagnósticos enfermeros estandarizados: guía para la práctica clínica en atención primaria Metas Enferm 2008; 11(3):21-26.
981. Peinado Barraso, MC; Carrión Camacho, RM; Domínguez Carranza, MD; Estepa Osuna, MJ; Barroso Vázquez, M; Zamorano Imbernón, Registro para la implementación de los planes de cuidados Rev Paraninfo Digital 2010; IV (8) Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n8/048.php> (Consultado el 12 de Abril de 2012).
- 982 Hueso Navarro, Fabiola; Berrozpe Alayeto, Lourdes; Viral Guembe, Anuntxa; Pérez Pérez, M^a José; Magaña Moreno, Araceli; Pozueta Diéguez, Guadalupe; Santacruz Redrado, Eva. La evolución de nuestra perplejidad Evidentia 2007 Año 4(13) Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n13/305-1articulo.php> (Consultado el: 12 de Abril de 2012).
- 983 Quiñones Pérez, Marta; González Fernández, Marta; Sutil Pellitero, Carmen; González Marcos, Noelia. Premio a la comunicación mejor valorada por los congresistas: NANDA, NIC y NOC: los grandes desconocidos en Castilla y León. Ciber Revista - Esp- 2009Abr6:5. Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/abril/pagina5.html>. (Consultado el 10 de Feb. de 2013)

-
984. Martínez Lao, María Teresa; Oliva Oliva, José Manuel, de Mora-Figueroa, Ana Rojas. Diagnósticos enfermeros: ¿Qué ocurre en la práctica enfermera en una zona rural? Enfermeras de Atención Primaria. UGC Río Nacimiento. ZBS Río Nacimiento. Distrito Almería. Evidentia 2007; 4(13). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n13/305-2articulo.php> [ISSN: 1697-638X]. (Consultado el 1-4-2012.)
985. Ponce González, José M^a; Bellido Moreno, M^a Luz; Cortés Reyes, Inmaculada; López Rodríguez, Luis; Rey González, Eloy; Montañó Bernal, Ana. Problemas identificados en atención domiciliaria en pacientes dependientes y sus cuidadoras a través de la Taxonomía Nanda. Hygia de Enfermería 2006; XIII (64):42-48. <http://www.colegioenfermeriasevilla.es/Publicaciones/Hygia/> (Consultado el: 3 de Febrero de 2012)
986. Morales Márquez, María Dionisia; Correa Custodio, Paulina; Ardáiz Flamarique, Benita; García Gallardo, Petra; García Saucedo, Alberto; Pérez Noria, Antonio. Prevalencia de diagnósticos enfermeros en la población demandante de ayuda de la Ley de Dependencia Rev Paraninfo digital 2008 Año 2(3) Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/p192.php> (Consultado el 12-11-09).
987. Medina-Valverde, M José; Rodríguez-Borrego, M Aurora; Luque-Alcaraz, Olga; de la Torre-Barbero, M José; Parra-Perea, Julia; Moros-Molina, M del Pilar Estudio evaluativo sobre una herramienta informática de gestión enfermera en el periodo 2005-2010 Enferm Clínica 2012; 22(1):3-10.
988. Compte Vilella, Maite; Fullà Corredor, Irene Un pas més en el món de la infermeria: els egistres informatizas. Revisió bibliogràfica [Un paso más en el mundo de la enfermería: los registros informatizados. Revisión bibliográfica]AgInf 2011; 15-3(59):119-124.
989. García Mantas, Ascensión. Los registros informatizados como herramienta favorecedora de la investigación de los cuidados. Evidentia. 2005 ene-abr.; Año 2(4). Disponible en : <http://www.index-f.com/evidentia/n4/90articulo.php>.(Consultado el 12 de Abril de 2012)
990. Villares, JE; Ruiz, A; López, MP; Sainz, R. La satisfacción profesional en el equipo de Atención Primaria: oportunidades de mejora. Cuadernos de Gestión 2000; 6: 60-7.
- 991 Ibidem Maya Maya, María Cecilia. , 2003.PP. 98.
- 992 Allué Marta :El paciente inquieto: Ediciones Bellaterra .Barcelona 2013.PP. 100-101
993. Ibídem. Serrano Del Rosal, Rafael; Rancho Romero, Julia. 2010.PP310
994. Galindo Sancho, Manuel. La satisfacción de los pacientes en atención domiciliaria: competencia enfermera en atención primaria Hygia de enfermería: revista científica del colegio, ISSN 1576-3056, Nº 72, 2009, PP. 59-65.
120. Gracia Armendáriz, Juan. Diario del hombre pálido. Ed. Demipage.1ª ed. Madrid. 2010.
996. López Cano, María; Ruíz Fernández, María Dolores; Pérez Navarro, Adelaida. Valoración de la autoestima de los profesionales de enfermería en atención primaria. Rev. Paraninfo Digital, 2007; 2. Disponible en: <<http://www.index-f.com/para/n2/070.php>> (Consultado el 17-marzo-2012).
997. Sarabia y Álvarez. J. La Enfermería y el Barómetro Sanitario Rev. Admr. Sanit.2009; 7(2):207-20.
- 998 Pérez Álvarez T, Díaz Carreiras T. Satisfacción laboral en enfermeros/as de Atención Primaria del Servicio Gallego de Salud. Metas de Enferm dic. 2007/ene 2008; 10(10): 6-10.
999. Montesó-Curto, Pilar; Lleixà-Fortuño, Mar; Albacar-Riobóo, Nuria; Ferré-Grau, Carme; Aguilar-Martín, Carina; Sánchez-Herrero, Antonio; Espuny-Vidal, Cinta Anàlisi de la professió infermera en Atenció Primària [Análisis de la profesión enfermera en Atención Primaria]AgInf 2011; 15-2(58):72-77 disponible en: <http://www.agoradenfermeria.eu/Consutlado> el 13 de Abril de 2013.)
220. Salazar Maya, Ángela María. Tendencias internacionales del cuidado de Enfermería. Invest Educ Enferm.-Col- 2011; 29(2):294-304. Disponible en: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/6536/9369>. (Consultado el 12 de abril del 2011.)
- 1001 Ibídem Villela Rodríguez, Esther. 2009
- 1002 Diario medico .El director de un centro de salud puede ser enfermero, según CCOO Disponible en :<http://www.diariomedico.com/2011/12/05/area-profesional/profesion/director-centro-salud-puede-ser-enfermero-ccoo> (Consultado el 13 Abril 2013)
- 1003 Sociedad de Enfermería Madrileña de Atención Primaria (SEMAP Situación actual tras la publicación de la sentencia del TSJM <http://www.semap.org/noticia001.html>(Consultado el 5-9-2012)

- 1004 Colegio oficial enfermería de Navarra. Las enfermeras podrán continuar dirigiendo los equipos de atención primaria .disponible en: http://www.enfermerianavarra.com/index.php?id=241&tx_newsflexible_article%5Bid%5D=496&cHash=2a9fdd8fb0(Consultado el 5-9-2012)
- 1005 Heredia Galán, M^a de la Villa; Martínez Noguera, Rafael; Gordo Ortega, Josefa; Lemus López, Loreto; Rodríguez Torres, Miguel Ángel; Arboledas Esteban, José María .Evolución del papel Enfermero en la Política Sanitaria Andaluza. Rev. Paraninfo Digital ; 2012 VI(15) Disponible e : <http://www.index-f.com/para/n15/pdf/153p.pdf>(Consultado el 20-7-2014)
- 1006 Ferrer Arnedo, Carmen .La Enfermería comunitaria en un modelo de gestión clínica en Atención Primaria Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI 2009, Vol. 07. (2.)
- 1007 Infantes Rodríguez, Juan Ángel; Junta Directiva de SEMAP.Nuevos modelos de gestión en Atención Primaria. Un riesgo para los servicios enfermeros. Rev .Tesela 2013 13.: Disponible en l: <http://www.index-f.com/tesela/ts13/ts9181.php>(Consultado el 20-7-2014)
1008. Leite da Silva, Alcione. La enfermería y salud desde el punto de vista del género: desafíos ante el siglo XXI. Enfermería integral. Jun. 2008 08. Disponible en: <http://www.enfervalencia.org/ei/82/articulos-cientificos/4.pdf>. (Consultado el 3 de Abril de 2013.)
1009. Rodríguez ,Josep A.; Bosch Josep Lluís C. Enfermeras hoy: Cómo somos y cómo nos gustaría ser. Conclusiones al estudio sociológico. Universidad de Barcelona. 2004. Disponible en: <http://www.coib.cat/uploadsBO/Generica/Documents/ENFERMERAS%20HOY%20MAQUETAT.PDF>. Consultado el 3 de Abril de 2013.) PP:8
- 1010 Delgado Marchante, Almudena; Álvarez Ongil, Yolanda; Delgado Marchante, Miguel El precio de nuestro salario IX Congreso Nacional y IV Congreso Internacional de Historia de la Enfermería. Canarias, un puente hacia América: relaciones enfermeras en el contexto iberoamericano Las Palmas de Gran Canaria Universidad de Las Palmas de Gran Canaria 2007, PP: 6
- 1011 Ibídem Rodríguez, Josep A.; Bosch Josep Lluís C 2004, PP:328
- 1012 Ibídem Pico Merchán, ME; Tobón Correa, 2005.
- 1013 Perezagua García, M^a Carmen; del Río Moro, Oscar; Vidal Gómez, M^a Belén; Villalta Sevilla, Marta Satisfacción personal de enfermería. ¿se cumplen nuestras expectativas? Ciber Revista -Esp- 2005 oct. (35) Disponible en : <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciberrevista/2005/octubre/satisfaccionpersonal.htm> (Consultado el 17-marzo del 2012)

VI. Conclusiones

VI. Conclusiones

Estudiar la historia reciente de la enfermería comunitaria nos ha ayudado a comprender algunas de las claves que han influido en su desarrollo. De acuerdo con las hipótesis planteadas al inicio de nuestra tesis podemos concluir lo siguiente:

1. Respecto a la hipótesis principal podemos decir que se ha cumplido dado que: Los profesionales de la enfermería familiar y comunitaria a pesar de haberse desarrollado en un contexto de grandes cambios en la sociedad española, en el sistema sanitario y en el nivel académico han respondido de forma positiva a las demandas que, sobre materia de cuidado de salud ha hecho la sociedad española en los últimos 25 años. Precisamente, la formación académica impulsada por las sociedades científicas ha contribuido a ello y ha logrado poner en marcha la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria.
 - a. La producción científica nos ha mostrado que ha ido cambiando a la medida que los problemas de los españoles superando numerosas dificultades, por un lado ha mejorado la calidad y el número de publicaciones y por otro se ha echado en falta recursos económicos y reconocimiento investigador.
 - b. Las diferentes modalidades de atención: La Consulta de Enfermería, la Visita a domicilio se han consolidado. El seguimiento y control de las personas con procesos crónicos y en situación de dependencia es asumido de forma independiente por Enfermería. Tal es la importancia que tiene la consulta en domicilio que ha surgido una nueva modalidad dentro de la enfermería comunitaria, la “Enfermera gestora de casos” ó también conocida como “Enfermera Comunitaria de Enlace”. La enfermería familiar y comunitaria ha resultado ser un profesional clave, su labor por ejemplo facilitó el desarrollo de la Ley de Autonomía personal y personas en situación de dependencia. Igualmente se ha observado un aumento de enfermeras en puestos de gestión no solo de enfermería sino también de procesos asistenciales tanto a niveles de área sanitaria, consejería y en el propio Ministerio de Sanidad. En cambio las actividades preventivas a nivel comunitario, no han alcanzado las expectativas que se esperaba al comienzo del periodo de estudio.

2. Respecto a la primera hipótesis específica podemos decir que efectivamente se ha confirmado que se ha ido pasando de un modelo asistencial basado en la enfermedad y la dependencia o pasividad del paciente hacia un modelo basado en un aumento creciente en la autogestión o autocuidados por parte del paciente y familia. En este proceso la figura de la EFYC ha sido clave.
3. Se ha confirmado la segunda hipótesis específica dado que mediante los informantes entrevistados: usuarios de servicios, gestores sanitarios, médicos, enfermeros y auxiliares administrativos han observado cambios en la profesión enfermera entre 1984 y 2011 en los diferentes factores: a) La concepción que sobre el rol profesional tiene la población en el que se paso de una labor solo prescriptiva a una labor cuidadora b) Las relaciones interprofesionales en el equipo de atención prima pasaron de ser meramente jerárquicas a ser más igualitarias. Estos cambios también se han podido verificar en la revisión de las publicaciones científicas.
4. En cuanto a la hipótesis tercera hemos podido observar que la medicina tecnológica e intervencionista convive con la medicina holística y social y, ambos paradigmas influyen en el desarrollo de la atención de la Enfermería Familiar y Comunitaria, en un doble sentido, y a su vez influyen en la población que a su vez interactúa con el equipo médico-a/enfermera o-. Por tanto se verifica la hipótesis. Hemos observado que es un proceso lento y que se expresa tanto en los profesionales como en los usuarios en lo que hemos dado en llamar “modelo holístico de atención”.
 - a. En este modelo, los usuarios lo expresan mediante atención personalizada, buen trato, aspectos más intangibles en la atención que prestan que son fundamentales, como son la escucha, la confianza, la disponibilidad y el fomento del autocuidado y diferenciando al profesional con perfil cuidador del que es meramente auxiliar médico.
 - b. Reconocen que son profesionales bien formados, confían en su criterio hasta el punto de que acuden de forma espontánea a la enfermera, no sólo para realizar curas y tratamientos derivados, sino también para resolver otro tipo de cuestiones, como tabaquismo, alimentación, ansiedad, etc. Colabora en la realización de cirugía menor y prescriben determinados materiales y medicamentos para los que están autorizadas.

5. El análisis con perspectiva de género es imprescindible cuando se analizan, con una distancia temporal, los factores de desarrollo de la profesión enfermera. Profesión ejercida mayoritariamente por mujeres, que pese a los logros conseguidos en las últimas décadas, se encuentran en situaciones de desigualdad social entre su ámbito laboral y la conciliación con la vida familiar. Esto nos lleva a concluir que se ha confirmado la cuarta hipótesis específica: En la medida que se han conceptualizado y categorizado los cuidados de enfermería ha aumentado la visibilidad y el prestigio de los profesionales. Los usuarios tienen una valoración muy positiva del su trabajo y los consideran fundamentales en el organigrama sanitario. Mientras los profesionales entrevistados muestran una postura mayoritaria en que el género haya influido en la evolución del trabajo, los usuarios muestran diversas posturas.
 - a. Pero a pesar del mayor reconocimiento de los usuarios, los profesionales no sienten haber conseguido una justa redistribución con un salario acorde a sus responsabilidades; ni una justa representación ya que, no hay todavía paridad participativa en los órganos de decisión, el número de enfermeras es minoritario en las direcciones de los centros y el poder sigue estando en manos de los profesionales de la medicina y por tanto es difícil lograr un modelo sanitario basado el cuidado holístico.

Para finalizar querría acabar con una reflexión personal que se ha consolidado durante la realización de esta tesis doctoral, en el que me identifiqué con el marco conceptual y ético de los cuidados desarrollado en el capítulo 2. En el paradigma positivista imperante en el sistema sanitario, el cuidado requiere una mayor consideración y posición en las políticas sanitarias, ya que ha demostrado su eficacia y puede ser el modelo que permita hacer sostenible el sistema sanitario.

VII-Bibliografía

VII. Bibliografía

VII.1. Bibliografía Crítica

- ANAYA CINTAS, FRANCISCA DEFINICIÓN DE ENFERMERÍA COMUNITARIA. Disponible en: www.enfermeriacomunitaria.org/index.php?idioma=es&id_pagina=61 2004. (Consultado el: 10 de Junio de 2010).
- ABAD BASSOLS ÁNGEL El camino hacia la especialidad de Enfermería de Salud Comunitaria Disponible en: http://www.seapremur.com/ponencias%20vi%20jornadas/camino_hacia.htm (Consultado el 5 de Agosto de 2013)
- ACOSTA ALBERTO SUMAK KAXSAY, Una oportunidad para imaginar otros mundos Ed .Icaria Antrazyt .Barcelona 2013
- AGUDO POLO, SANTIAGO; GONZÁLEZ PASCUAL, JUAN LUIS. Consulta de enfermería a demanda, ¿por qué acuden los usuarios? *Enfermería Clínica* 2002; 12 (3):104-8.
- AGÜERO CARO, MAGDALENA. El arte de escuchar: elemento esencial del uso terapéutico de sí mismo. [The art of listen: the essential element for the therapeutic self use] *Rev. Presencia*. 2005; 1. <http://www.index-f.com/presencia/n1/7articulo.php>. (Consultado el 16-5-212).
- ALBERDI CASTELL ROSA MARÍA. La influencia del género en la evolución de la profesión enfermera en España. *Metas de enfermería*. 1998–1999; 11:20-6.
- ALBERDI CASTELL, ROSA MARÍA; ARROYO GORDO M. PILAR; MOMPART GARCÍA M. PAZ El desarrollo Histórico de los estudios de enfermería. En *Conceptos de enfermería*. Universidad Nacional a distancia .Madrid 1981
- ALBERDI CASTELL, ROSA. MARÍA. GÉNERO. Enfermería y desarrollo profesional. XVI Sesiones de trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente. Palma de Mallorca. 1995; 215.
- Alcántara González, Miguel Ángel; Brea Ruiz, M^a Teresa; Flores Gómez, Julián; Ortiz Castro, Rosario; López López, Begoña Intervención de la Enfermera Comunitaria de Enlace (ECE) en las ZBS de Bermejales y Bellavista (Sevilla) durante el Plan de Prevención de la Ola de calor de 2004 Resumen de Póster. IV congreso ASANEC. Asociación andaluza de enfermería comunitaria. Atención a la dependencia en el espacio comunitario. *Evidentia* 2006 ene-feb.; 3(7). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/216-2articulo.php> [ISSN: 1697-638X]. (Consultado el 12 de Nov. de 2012)
- ALFONSO DÍAZ, INMACULADA; IBIRICU BARRO, ÁNGELES; DOBLADO LÓPEZ, OLGA. Impacto de la implantación del Programa de Retino grafía con Cámara no Midriática en un Área Básica de Salud. *Rev. Paraninfo Digital*, 2011; 12. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n11-12/089d.php>. (Consultado el 12 de Abril de 2013.)
- ALLUÉ MARTA: El paciente inquieto: Ediciones Bellaterra .Barcelona 2013.
- ALMANSA MARTÍNEZ, PILAR. La formación enfermera desde la sección femenina. *Enfermería Global* nº 7 noviembre 2005. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/484>. (Consultado el: 18 de Marzo de 2013)
- ALONSO LUIS ENRIQUE. "Sujeto y discurso: el lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa". En j.m. Delgado y j. Gutiérrez. *Métodos y Técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*, Madrid: Síntesis; 1999. p. 225-240.
- ALUJAS RUIZ, JOAN ANTONY. La igualdad de género en el mercado de trabajo: el papel de las políticas de empleo en España disponible en: <http://www.ruct.uva.es/pdf/revista%2011/11103.pdf>. (Consultado el 18 de Marzo de 2013)
- ALVARADO GARCÍA, ALEJANDRA. ALVARADO GARCÍA. La ética del cuidado Aquichan -Col- 2004; 4(4):30-39. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/71/487> (Consultado el 15 de Abril de 2013)
- ÁLVAREZ GIRÓN, MANUELA. ET AL. Las unidades clínicas de gestión en la atención primaria. Un tema en debate. *Aten Primaria* 2003; 31(8):514-8

ÁLVAREZ SOTO, CRISTINA; BERENGUEL GIL, ISABEL SOFÍA; LÓPEZ ARQUILLOS, M^a ÁNGELES; NAVARRO TORRENTE, M^a DOLORES; ROMÁN MARTÍN, DIEGO. La gestión del cuidado como garantía de resultados. EGEH 2008; (8):20-24

AMEZCUA M. La Fundación Índex y la promoción de la investigación enfermera. Enfermería Global, 2003; 2 Disponible en <http://www.um.es/eglobal/> (Consultado 5 de Febrero de 2013)

AMEZCUA MANUEL. Índex y Enfermería Comunitaria. Enferme Comunitaria (Rev. digital) 2007, 3(1). Disponible en <http://www.index-f.com/comunitaria/v3n1/ec2887.php> (Consultado el 2 de Marzo de 2013)

AMEZCUA, MANUEL; HERNÁNDEZ ZAMBRANO, SANDRA M; GÁLVEZ GONZÁLEZ, MARÍA. Estrategias para la implantación de la prescripción enfermera desde la perspectiva de los profesionales sanitarios. Rev. Paraninfo Digital 2011; Año V(14) Disponible en : <http://www.index-f.com/para/n14/002r.php> (Consultado el : 13 de Abril de 2012).

AMEZCUA, MANUEL. Florence Nigthingale, en la memoria colectiva. Temperamentvm 2009, 10. Disponible en <http://www.index-f.com/temperamentum/tn10/t3009.php>. (Consultado el 9 de Enero de -2013)

AMORÓS, CELIA .Hacia una crítica de la razón patriarcal, Ed. Anthropos, Barcelona 1991.

AMORÓS, CELIA .Tiempo de feminismo. Sobre feminismo, tiempo ilustrado y postmodernidad. Ed. Cátedra Madrid; 1997.

AMORÓS, CELIA. 10 palabras clave sobre Mujer .Disponible:

<http://pendientedemigracion.ucm.es/cont/descargas/documento6244.pdf?pg=cont/descargas/documento6244.pdf> (Consultado el 10 de Abril de 2013)

AMORÓS, CELIA. La gran diferencia y sus pequeñas consecuencias.. para la lucha de las mujeres. Cátedra, Instituto de la Mujer y Universidad de Valencia .Col. Feminismos Madrid 2005

ANTÓN SOLANAS; ISABEL; HALLETT CHEF, WAKEFIELD A. La influencia de la Guerra Civil sobre el desarrollo de la profesión de enfermería en España: su evolución a través de un siglo de historia. Temperamentvm 2005; 2. Disponible en <http://www.index-f.com/temperamentum/tn2/t0124>.(Consultado el 14 de Abril de 2013)

APÓSTALO, JOÃO LUÍS ALVES. O conforto más teorías de enfermagem - análise do conceito e significados teóricos [El consuelo en las teorías de enfermería - análisis del concepto y significados teóricos] Referencia. 2009 mar 2(9):61-67.

ARISPÓN GARCÍA, CARMEN; NAVAJAS RODRÍGUEZ DE MONDELO, NURIA; BENÍTEZ PULIDO, JUAN JOSÉ La planificación del alta por las enfermeras gestoras de casos a pacientes frágiles, con incidencias traumatológicas, evita el reingreso .Info-tr@um@ 2009; 13:12-15

ARTAZCOZ, LUCÍA; ESCRIBÀ-AGÜIR, VICENTA; CORTÉS, IMMA .Género, trabajos y salud en España. Publicado en Gac. Sanit. 2004; 18(Supl 2):24-35. - Vol.18 núm. Supl.2

ASOCIACIÓN ANDALUZA DE ENFERMERÍA COMUNITARIA. Informe Asanec sobre la Prescripción Enfermera. Biblioteca Lascasas. 2005; 1(1).Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0037.php> (Consultado el 12 de Abril de 2012.)

ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA COMUNITARIA .Memoria justificativa de la especialidad en Enfermería de Salud Comunitaria. : <http://www.enfermeriacomunitaria.org/documentacion/especialidad.html>.(Consultado el 14. De Febrero de 2012)

ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA COMUNITARIA (AEC) Revista de la Asociación de Enfermería Comunitaria, Revista RiDEC, disponible en: <http://enfermeriacomunitaria.org/web/ridec/89-ridec-2013-volumen-6-numero-1.html>. (Consultado el 1 de Febrero de 2013)

ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA COMUNITARIA (AEC).El Defensor del Pueblo Andaluz admite a trámite la queja de los residentes jerezanos .Disponible en <http://enfermeriacomunitaria.org/web/> (Consultado el 31 de Marzo de 2013)

ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA COMUNITARIA:<http://enfermeriacomunitaria.org/web/menu-principal-item-asociacion.html> (Consultado el 14-6-2012.)

ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA COMUNITARIA. Mi primer año de residencia. Disponible en: <http://enfermeriacomunitaria.org/web/blog-del-residente/478-primer-ano-de-residencia.html>.(Consultado el 31 de Marzo de 2013)

ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA COMUNITARIA. Sentencia favorable a la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria Disponible en: <http://enfermeriacomunitaria.org/web/menu-principal-item-asociacion/comunicados/347-aec.html> .(Consultado el: 31 de Marzo de 2013)

ATTEWELL A. Florence Nigthingale (1820-1910). Unesco: Oficina Internacional de Educación. Paris. 2000. Disponible en: http://www.ibe.unesco.org/fileadmin/user_upload/archive/publications/ThinkersPdf/nightins.PDF.(Consultado el 24 de Abril de 2013).

AZEVEDO, DULCIAN MEDEIROS DE; COSTA, LAURIANA MEDEIROS E; JÚNIOR, JOSÉ JAILSON DE ALMEIDA; ENDERS, BERTHA CRUZ; MENEZES, REJANE MARÍA PAIVA DE. Paradigmas emergentes: um ensaio analítico [Los paradigmas emergentes: un ensayo analítico]REE -Bra- 2008; 10(3):835-842 Disponible en: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/pdf/v10n3a30.pdf> (Consultado el 10 del 9 de 2013)

BÁEZ-HERNÁNDEZ, FRANCISCO JAVIER; NAVA-NAVARRO, VIANET; RAMOS-CEDEÑO, LETICIA; MEDINA-LÓPEZ, OFELIA M. El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería Aquichan 2009; 9(2):127-134

BAGGIO, MARIA APARECIDA. O SIGNIFICADO DE CUIDADO PARA PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. Revista Electrónica de Enfermería 2006; 8 (1):9-16. Disponible en http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_01.htm [Consultado el 12 de diciembre de 2008].

BARRADO NARVIÓN, M^a JESÚS; GONZÁLEZ DE LA CUESTA, DELIA; MAINER SANMARTÍN, M^a PAZ; LÓPEZ IBORT, NIEVES; BARRA MACHÍN, GLORIA. La formación de postgrado en enfermería: Rompiendo el techo de cristal. Tesela [Rev. Tesela] 2010; 7. Disponible en <<http://www.index-f.com/tesela/ts7/ts7050.php> (Consultado el 23 de Mayo de 2013)

BATRES SICILIA, JUAN PEDRO; ÁLVAREZ TELLO, MARGARITA; GALLARDO SANTOS, PEPA. .De la precisión de cuidados a los cuidados imprescindibles. Las enfermeras gestoras de casos en Andalucía: la enfermera comunitaria de enlace Rev. Adm. Sanit. 2009; 7(2):313-22

BELTRÁN AGUIRRE, JUAN LUIS. La atención primaria de salud en Navarra. Ed. Gobierno de Navarra. Burlada 1988. PP .45

BERNABÉU MESTRE JOSEP; GASCÓN PÉREZ, ENCARNA. El papel de la enfermería en el desarrollo de la salud pública española (1923-1935): La visitadora sanitaria. DYNAMIS. Acta Hisp. Med. Sd. Hist. Illus., 15, 1995, 151-176

BERNABÉU MESTRE, JOSEP; GASCÓN PÉREZ, ENCARNA. Historia de la Enfermería de Salud Pública en España (1860-1977). Alicante: Publicaciones de la Universidad de Alicante, 1999. Disponible en: <<http://publicaciones.ua.es/filespubli/pdf/LD84790851348542019.pdf>>.(Consultado el: 12 de mayo de 2010)

BERNABÉU-MESTRE JOSEP. Madres y enfermeras. Demografía y salud en la política poblacionista del primer franquismo, 1939-1950. Revista de Demografía Histórica. 2002; 20(1):123-143.

BERNUÉS VÁZQUEZ, LUÍS Y PEYA GASCONS MARGARITA. 2004. Libro Blanco de enfermería. Madrid: ANECA. Disponible en: http://www.aneca.es/var/media/150360/libroblanco_jun05_enfermeria.pdf(Consultado el 5 de Agosto de 2013)

BERTI HW, ELIANA; MB GODOY, I; SPIRI WC, BOCCHI SCM. Percepção de enfermeiros recém-graduados sobre sua autonomia profissional e sobre o processo de tomada de decisão do paciente. Rev. Latino-Am Enfermagem. 2008; 16(2): 184-91.

BESORA TORRADEFLOT, INCA. Diagnósticos enfermeros estandarizados: guía para la práctica clínica en Atención Primaria. Metas de Enferm, 2008; 11(3) 21-26.

BETETA MARTÍN, YOLANDA .Los delitos de las brujas la pugna por el control del cuerpo femenino. Disponible en: <http://cdd.emakumeak.org/ficheros/0000/0593/Beteta.pdf> (Consultado el 7 de Abril de 2013)

BLASCO HERNÁNDEZ, TERESA; OTERO GARCÍA, LAURA. Técnicas conversacionales para la recogida de datos en investigación cualitativa: La entrevista .Nure Investigación, nº 33, Marzo - Abril 08.

BLASCO HERRANZ, INMACULADA. Armas femeninas para la contrarrevolución: La Sección Femenina en Aragón (1936-1950), Málaga, Atenea/ Universidad de Málaga, 1999, PP: 105-106.

BLÁZQUEZ GRAF, NORMA .Los conocimientos de la brujas, causas d persecución. En Ciencia salud biotecnología y calidad de vida de las mujeres. Miqueo Consuelo; Barral M^º José, Magallón Carmen .Estudios iberoamericanos de Genere ciencia tecnología y salud .Prensas Universitarias de Zaragoza .Zaragoza 2008

BLÁZQUEZ ORNAT, ISABEL; FERNÁNDEZ DOCTOR, ASUNCIÓN; BECERRIL RAMÍREZ, NATALIA; SUBIRÓN VALERA, ANA BELÉN. Perfil de los primeros practicantes titulados en la Universidad de Zaragoza (1869-1879). *Temperamentvm* 2012, 15. Disponible en <<http://www.index-f.com/temperamentum/tn15/t7827.php>> (Consultado el 5 de Marzo de 2013)

BLÁZQUEZ RODRÍGUEZ, MARIBEL. Democratizar la atención en salud. *Índex de Enfermería [Índex Enferm]* (edición digital) 2010; 19(2-3). Disponible en <<http://www.index-f.com/index-enfermeria/v19n2-3/2310.php>> (Consultado el 29 de Enero de 2013)

BOFF, LEONARDO. El cuidado Esencial .Ética de lo humano compasión por la tierra. Ed. Trotta Madrid 2002

BOFF, LEONARDO. Y MURARO, R. M. Femenino y masculino: una nueva conciencia para el encuentro de la diferencias Ed. Trotta, S.A Madrid 2004.

BOFF, LEONARDO. El cuidado Necesario .Ed. Trotta. S.A. Madrid 2012

BORRELL CARRIÓ F; GENÉ BADÍA J. La Atención Primaria española en los albores del siglo XXI. *Gestión Clínica y Sanitaria*. 2008; 10(1): 3-7. ISSN: 1575-7811. Disponible en: <http://www.iiss.es/gcs/gestion35.pdf>. (Consultado el 3 de Abril de 20123).

BRITO, P. R. El proceso enfermero en atención primaria (II): diagnóstico. *Rev. ENE Enferm*.2008, 2(8-18.) Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/184> (Consultado el 12 de Nov. de 2009)

BRUGUÉS ALBA, PERIS ANTONI; MARTÍ LAURENTINO; FLORES GEMMA. Abordaje de la demanda de visitas espontáneas de un equipo de atención primaria mediante una guía de atención de enfermería. *Aten Primaria*. 2008; 40:378-91.

BUENASTAREAS.com Buen Trato. (2012, June 21). Disponible en: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Buen-Trato/4605718.html>. (Consultado el 14-6-2012).

CABALLÉ, ANNA. El feminismo en España. La lenta conquista de un derecho. Madrid: Cátedra. 2013. PP. 330

CABEZAS PEÑA, C. La calidad de vida de los profesionales. *FMC2000*; 7 (Supl 7):53-68.

CABRÉ MONSERRAT. Y SALMÓN, FERNANDO. "Poder académico versus autoridad femenina: la facultad de París contra Jacoba Félicie (1322)", *Dynamis*, 1999, 19: 55-78.

CFNAVARRA.ES [sede Web]. Navarra: Gobierno de Navarra; 2001 [actualizada 26 nov. 2006; citado 14 oct. 2008]. Disponible en: http://www.cfnavarra.es/salud/publicaciones/hrs/mem_2007/marco.html (Consultado 8 de Mayo de 2011).

CALDERO URREA, MARÍA TERESA; LUQUE LLAOSA, MARTA BEATRIZ; PALOMINO MARTÍNEZ, ANA. Aplicación de la teoría de los factores cui dativos de Jean Watson a una situación de la práctica clínica. *Rev. Paraninfo Digital*, 2009; 7. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n7/114o.php> (Consultado el 19 de Enero de 2013)

CAMARGO ITZA LEILIANA, CARO CLARA VIRGINIA. El papel autónomo de enfermería en las consultas. *Av. enferm*.2010, xxviii (1): 143-150.

CAMPO GUINEA, MARÍA JUNCAL Y COLS. Mujeres que la historia no nombro. Ed. Ayuntamiento de Pamplona. Pamplona 2005 , PP: 56

CAMPONOGARA, SILVIAMAR. Saúde e meio ambiente na contemporaneidade: o necesario resgate do legado de Florence Nigthingale [Salud y medio ambiente en la contemporaneidad: el necesario rescate del legado de Florence Nigthingale]Esc. Anna Nery R. Enferm. -Bra 2012; 16(1): 178-184. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000100024&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. (Consultado 14 de Febrero de 2013)

CAMPOS PAVONE ZOBOLI, ELMA LOURDES. A redescoberta da ética do cuidado: o foco e a ênfase nas relações. Rev. Esc Enferm USP 2004; 38(1):21-7. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n1/03.pdf>.(Consultado el: 31 de Mayo. 2013.)

CAMPS, VICTORIA .La excelencia en las profesiones sanitarias .Disponible en:
<http://www.fundacionmhm.org/tema0721/articulo.pdf> (Consultado el 15 de Abril de 2013)

CAMPS; VICTORIA. El valor y el ejercicio del cuidado libro blanco del envejecimiento activo disponible en:
<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/libroblanco-envejecimientoactivo/imserso-libroblancoenvejecimientoactivo-capitulo17-01.pdf>.(Consultado el 9 de Abril de 2013)

CANADIAN NURSES ASSOCIATION. Community health nursing certification examination: list of competencies. Ottawa; 2004.

CANO CABALLERO, GÁLVEZ, MARÍA DOLORES. Enfermería y género, tiempo de reflexión para el cambio. Índex 2004; XIII (46):34-39. Disponibles en: http://www.index-f.com/index-enfermeria/46revista/46_articulo_34-39.php. (Consultado el 6-5-09)

CÁNOVAS TOMÁS, MANUEL. Trabajo e ideología de género: un análisis antropológico de la enfermería en Murcia. Enfermería Global Nº 2004. Disponible en <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/550/570>.(Consultado el 6-5-09).

CANTERO GONZÁLEZ, Mª LOURDES .La formación enfermera en la España de Franco: Manuales de enfermería durante el Nacional-Catolicismo (1945-1957) Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología) Serie Trabajos Fin de Máster. 2 (1): 187-254, 2010

CAPILLA DÍAZ, C. Sistematización del Trabajo enfermero [Varios autores. Manual de metodología de trabajo enfermero en Atención Primaria. Asociación de Enfermería Comunitaria de Cantabria. Barcelona, 103 p. Índex Enferm (Gran) 2003; XIV. (50): 79-80. Disponible en: <http://www.index-f.com/index-nfermeria/50revista/5447.php>.(Consultado el; 13 de Abril de 2012).

CARCAÑO VALENCIA, ÉRIKA. Ecofeminismo y ambientalismo feminista una reflexión crítica. Revista: Argumentos 2008 21(56)

CARIÑENA LEZAUN, ANA ET AL. Estudio de prevalencia diagnóstica en consultas de enfermería de Atención Primaria de Navarra.IV simposio internacional de Diagnósticos de enfermería. Hacia la excelencia de los cuidados desde el Razonamiento Diagnóstico. A C Coruña 2002.PP:104

CARRASCO ACOSTA, Mª DEL CARMEN; MÁRQUEZ GARRIDO, MANUEL; ARENAS FERNÁNDEZ, JOSÉ .Antropología-Enfermería y perspectiva de Género Cul Cuid 2005; IX (18):52-59 Disponible en: <http://www.index-f.com/cultura/18/18-52.php>. (Consultado el 13 d Abril de 2013)

CASTELL SIMÓN, S; VIÑAS MAESTRE, M. Rol enfermera en el equipo de atención primaria: opiniones y expectativas de los profesionales el equipo. METAS. Enferm 2001; IV (379.30.35).

CASTILLO EDELMIRA; VESQUES MARTA L. El rigor metodológico en investigación cualitativa. Colombia Médica Vol. 34 Nº 3, 2003.

CELMA VICENTE, MATILDE. Género y cultura organizacional administradores del poder entre enfermeras y médicos. Tesela [Rev. Tesela] 2007; 1. Disponible en <<http://www.index-f.com/tesela/ts1/ts6329.php>> (Consultado el 3 de mayo del 2012).

CEREZO SANMARTÍN, M; GUTIÉRREZ ARANDA, JM; PERÁN ARTERO, S; GÓMEZ GONZÁLEZ, G; CARRASCO GUTIÉRREZ, P. Historia clínica informatizada de enfermería en el Departamento de Torre Vieja salud como Instrumento de gestión de calidad. Enferm Global -Esp-2009; 2(17).

CERRILLO RUBIO, Mª INMACULADA; IRUZUBIETA BARRAGÁN, FCO. JAVIER; FANDIÑO PÉREZ, ROBERTO G. Un siglo de la Gota de Leche. Arquitectura, sanidad y juventud. Índex de Enfermería 2011; 20(1-2): 142-143

CERRILLO PATIÑO, J. R. "Sistema de Información de Atención Primaria: "Turriano", software al servicio de las/os enfermeras/os de AP. Plataforma de elaboración de Planes de Cuidado y de Atención de Enfermería (PAE)". Evidentia. NANDA-NIC-NOC "De la

perplejidad a la generación de conocimiento". Resumen de póster. Evidentia 2007 ene-feb.; 4(13). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n13/305-2articulo.php> [ISSN: 1697-638X]. (Consultado el 13 de Nov. de 2010)

CHORÉN FREIRE, M^a JESÚS; CAMPO VÁZQUEZ, FELICITAS; DÍAZ ORTIZ, M^a ÁNGELES; CAMPO VÁZQUEZ, CONCEPCIÓN Y CASCÓN GARCÍA, MIGUEL. Valoración del paciente del control del Sintrom en su centro de salud. Evidentia. 2005 ene-abr.; Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n4/90articulo.php>. (Consultado el 12 de Abril de 2013).

COLEGIO OFICIAL ENFERMERÍA DE NAVARRA. Las enfermeras podrán continuar dirigiendo los equipos de atención primaria .disponible en: http://www.enfermerianavarra.com/index.php?id=241&tx_newsflexible_article%5Bid%5D=496&cHash=2a9fdd8fb0 (Consultado el 5-9-2012)

COLLIÈRE, MARÍA FRANÇOISE. Promover la vida: De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. Madrid: Tecnos, 1993:39 PP: 25

COLLIÈRE, MARIE FRANÇOISE. Cuidar. asegurar el mantenimiento y continuidad de la vida. Índex 1996; V (18):9-14. Disponible en: el <http://www.index-f.com/index-enfermeria/18/0914.php> .(Consultado el 14 de Abril de 2013)

COMINS MINGOL, IRENE. Del Miedo a la Diversidad a la Ética del Cuidado: Una Perspectiva de Género, UAEM, México Universitat Jaume I. BANCAIXA. Cátedra UNESCO de Filosofía para la Paz Convergencia N° 33, septiembre-diciembre 2003, ISSN 1405-1435

COMPTE VILELLA, MAITE; FULLÀ CORREDOR, IRENE. Un paso más en el mundo de la enfermería: los registros informatizados. AgInf 2011; 15-3(59):119-124.

CORRALES, D; ALONSO, A; RODRÍGUEZ, MA. Continuidad de cuidados, innovación y redefinición de los papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos, y terminales. Informe SESPAS 2012 Gac Sanit. 2012; 26(s):63-8.

CORRALES, D GALINDO, A ESCOBAR, MA PALOMO, L Y MAGARIÑO, MJ. El debate sobre la organización, las funciones y la eficiencia de enfermería en atención primaria: a propósito de un estudio cualitativo. Aten Primaria. 2000 mar; 25(4):214-219.

CORTÉS RAMÍREZ, DENNYS ANDREA Y PARRA ALFONSO GLADYS. La ética del cuidado. Hacia la construcción de nuevas ciudadanía's Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte. N° 23: 183-213, 2009

CORTÉS RUBIO JA, ET AL. Clima laboral en atención primaria: ¿qué hay que mejorar Aten Primaria 2003; 32(5):288-95.

CRUZ HIDALGO, ROSA MARÍA; DEVANT ALTIMIR, MERITXELL; FLORENSA REX, GEMMA; PÉREZ GARCÍA, ELISA; SERRATO VILLA, MONTSERRAT; VIDIELLA PIÑOL, INGRID. ¿Nos conocen los usuarios? Rev. Paraninfo digital 2008; Año 2(3) Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/p117.php>.(Consultado el: 23 de mayo de 2013)

CUEVAS MORENO, MARÍA JOSÉ. Educación Sanitaria en una mujer que debutó con Diabetes tipo 2. Enfermería Comunitaria (Gran) 2008 4(2) disponible en: <http://www.index-f.com/comunitaria/v4n2/ec6710.php> .(Consultado el 6-3-2012.)

DALEÓ BAQUÉ, A; GIBERT LLORACH, E; VILA COLL, MA; SABARTÉS SAPERAS, T. Diagnóstico y seguimiento de la hipertensión arterial: ¿Es relevante el papel del personal de enfermería? Aten Primaria. 2000; 26: 94-7. Vol.26 núm. 3.

DAVIS ANNE J. El cuidar y la ética del cuidar en el siglo XXI: qué sabemos y qué debemos cuestionar. Colegio oficial de enfermería de Barcelona .Disponible en: http://www.coib.org/uploadsBO/noticia/documents/ANNE%20DAVIS%20CASTELL%C3%A0_DEF.PDF (Consultado el: 14 de Abril de 2013)

DE BEAUVOIR, SIMONE. El Segundo Sexo Ed. Cátedra. Madrid 1998

DE LA CUESTA BENJUMEA, CARMEN. Creación de contextos: trabajo intangible de enfermería comunitaria. Revista rol de Enfermería 195 Nov. 1994.

DE LAS HERAS AGUILERA, SAMARA. Una aproximación a las teorías feministas, Universitat. Revista de Filosofía, Derecho y Política, nº 9, enero 2009, pp. 45-82. Disponible en: <http://universitas.idhbc.es/n09/09-05.pdf> .(Consultado el 14 de Abril de 2013).

DE PAZ, DOLORES; GALDEANO, NICOLÁS; GARRIDO, MARIBEL; LACIDA, MANUELA; MARTÍN ROSARIO; MORALES, JOSÉ MIGUEL; PÉREZ, ROSA; SÁNCHEZ, NIEVES; TEROL, JAVIER. Continuidad de cuidados entre atención primaria y atención especializada Biblioteca Lascasas 2007.3 (2) Disponible en <<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0228.php>> (Consultado el 20 de Marzo de 2013)

DE PEDRO, J; GÓMEZ, J; RIOS, MJ. Estudio sobre la opinión que merece a los profesionales implicados en la reforma de Atención primaria, el papel desempeñado por las enfermeras y propuestas de futuro. Evidentica 2004; 1(3). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n3/72articulo.php> [ISSN: 1697-638X]. (Consultado el: 19-3-2012.)

DE LAURENTIS, TERESA. "Imaginario materno y sexualidad", en: Debate Feminista, año 6, vol. 11, abril-1995.

DEL OLMO MACIÀ, C; ONDIVIELA CARITEU, A; SOLÉ BRICHS, C; BESORA TORRADEFLOT, I; GIBERT LLORACH, E Y FERRE VALL, M. ¿La Informatización de los planes de cuidados en Atención Primaria, facilitará la integración de la taxonomía (NANDA-NIC-NOC) en la práctica clínica? Evidentia. NANDA-NIC-NOC "De la perplejidad a la generación de conocimiento". Resumen de póster. Evidentia 2007 ene-feb.; 4(13). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n13/305-2articulo.php> [ISSN: 1697-638X]. (Consultado el 13 de Nov. de 2010)

DEL PINO CASADO, RAFAEL; FRÍAS OSUNA ANTONIO; PALOMINO MORAL PEDRO A. Organización funcional y modalidades de atención en enfermería comunitaria. En: Enfermería comunitaria Ed. Masson. Barcelona.2000

DEL PINO CASADO, R. Y MARTÍNEZ RIERA, JOSÉ RAMÓN. Estrategias para mejorar la visibilidad y accesibilidad de los cuidados enfermeros en Atención Primaria de salud. Rev. Admr. Sanit. 2007; 5(2):311-37.

DELGADO MARCHANTE, ALMUDENA; ÁLVAREZ ONGIL, YOLANDA; DELGADO MARCHANTE, MIGUEL. El precio de nuestro salario IX Congreso Nacional y IV Congreso Internacional de Historia de la Enfermería. Canarias, un puente hacia América: relaciones enfermeras en el contexto iberoamericano Las Palmas de Gran Canaria Universidad de Las Palmas de Gran Canaria 2007 PP. 6

DIARIO MÉDICO. La asunción de más competencias en enfermería es coste-efectivo. Lunes, 17/4/00

DIARIO MÉDICO: El director de un centro de salud puede ser enfermero, según CCOO .disponible en: <http://www.diariomedico.com/2011/12/05/area-profesional/profesion/director-centro-salud-puede-ser-enfermero-ccoo> (Consultado el 13.Abril 2013)

DÍAZ MARTÍNEZ, LAURA; ALMAGRO BLÁZQUEZ, M^a JOSÉ; RAMÍREZ CASTILLO, AUXILIADORA; SOTO BUENO, ANTONIA. Percepción de la enfermería de familia por las cuidadoras: Actividades enfermeras que conocen Rev Paraninfo digital. 2008; Año 2(3) .Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/p139.php>.(Consultado el: 23-1-2012)

DÍAZ RUIZ, ROSA. El Sespa sigue formando a especialistas de enfermería que no reconoce. Diario la Nueva España 12 de Marzo de 2013

DICCIONARIO DE USO ESPAÑOL Ed. abreviada María Moliner Ed. Gredos, 2ª Ed. Madrid 2008

DICCIONARIO DEL USO DEL ESPAÑOL ACTUAL Ed. CESMA S.A. Madrid 1996

DO NASCIMENTO, KEILA CRISTINA; LORENZINI, ERDMANN; ALACOQUE, LEITE; JOSETE, LUZIA; MARCELINO, GABRIELA; RIBEIRO, JULIANA APARECIDA. Conceitos de cuidado sob a perspectiva de mestradas de enfermagem. Revista Gaúcha de Enfermagem 2008, 27(3), 386.

DUARTE CLIMENTS, GONZALO; GÓMEZ SALGADO, JUAN Y SÁNCHEZ GÓMEZ, MARÍA BEGOÑA. Fundamentos teóricos de la enfermería comunitaria. Enfermería comunitaria I. Primera. Madrid: Fundación para el Desarrollo de la Enfermería (FUDEN), 2007. 393 p. 84-96690-43-1/ DL M-43764-2007. Libro divulgativo. 2A-FUN-2007.

DUARTE CLIMENTS, GONZALO; MONTESINOS ALFONSO, NIEVES .El consenso como estrategia de implementación del diagnóstico enfermero, valoraciones estandarizadas y selección de etiquetas diagnósticas. Enferm. Clínica 1999; 9(4)142

DURAN HERAS M^a ÁNGELES .Dependientes y cuidadores: El desafío de los próximos años. Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales 60.Disponible en: <http://digital.csic.es/bitstream/10261/10783/1/Est04.pdf> (Consultado el : 3 de Febrero de 2013)

EHRENREICH, BARBARA Y ENGLISH, DEIRDRE. Brujas comadronas y enfermeras. Una historia de sanadoras. Editorial la sal, Barcelona, 1981

ENCISO HIGUERAS, JUAN. Competencias de Enfermería en Atención Primaria de Tenerife. Prescripción Enfermera. Rev. 2011; 5(3):44-51 Disponible en: <http://enfermeros.org/click/click.php?id=186> (Consultado el 12 de Nov. de 2012)

ENFERMUNDI .El TSJA levanta la suspensión sobre la prescripción enfermera Disponible en: http://www.enfermundi.com/andalucia/EnfFacul/Enf_133.pdf (Consultado el 17 de marzo de 2013)

ENTIDADES DE BASE ASOCIATIVA .Los debates de Redacción medica. Disponible en: <http://www.saludgestion.com/archives/EBAs,%20Los%20debates%20de%20Redacci%C3%B3n%20M%C3%A9dica.pdf> (Consultado el 15 de Marzo de 2013)

FAITH DONALD, RUTH; MARTIN-MISENER, DENISE; BRYANT-LUKOSIUS, KELLEY KILPATRICK, SHARON; KAASALAINEN, NANCY CARTER, PATRICIA HARBMAN, IVY BOURGEAULT AND ALBA DICENSO. The Primary Healthcare Nurse Practitioner Role in Canada Nursing Leadership, 23(Special Issue) 2010: 88-113.

FASCIOLI ANA. Ética del cuidado y ética de la justicia en la teoría moral de Gilligan. Revista ACTIO nº 12 – diciembre 2010

FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE ENFERMERÍA COMUNITARIA Y ATENCIÓN PRIMARIA. Justificación de la necesidad de desarrollo de la Especialidad de Enfermería de Salud Comunitaria. Biblioteca Lascasas, 2005; 1. Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0060.php> (Consultado el 13 de abril de 2010)

FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA .doc. Especialidad FAECAP 2001. Disponible en: http://www.semep.org/docs/documentos_semep/especialidad_enfermeria_salud_comunitaria.pdf Consultado el 17 de Marzo de 2013

FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE ENFERMERÍA COMUNITARIA Y ATENCIÓN PRIMARIA (FAECAP) Curso de Actualización de conocimientos en Enfermería Familiar y Comunitaria .: Atención a la Comunidad, Gestión e Investigación . CCOO FAECAP 2011

FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA (FAECAP) Revista de enfermería Familiar y comunitaria .Disponible en: <http://www.faecap.com/revistas>. (Consultado el 1 de Febrero de 2013)

FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA (FAECAP) Análisis y Propuestas de futuro Para la mejora del Trabajo enfermero en Atención Primaria documento_base_jornadas_faecap_10_05_06.(121k)2006 Disponible en: www.faecap.com/documents/download/39. (Consultado el 20 de Nov. de 2009)

FERNÁNDEZ COPADO, M. L. Cuidando y promocionando la salud infantil en el Centro de Salud Dr. Ricardo Fernández Valadés de Jódar (Jaén). Rev. Paraninfo Digital 2008.; 2(3) Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/p008.php>.(Consultado el: 13 de Abril de 2012.)

FERNÁNDEZ VALDIVIESO, ELENA; MONTESINOS SANZ, SUSANA; DE MIGUEL PELÁEZ, M JOSÉ; ALÍ XUFRE, Margarita. Papel de enfermería en el tiraje de urgencias en atención primaria Aten Primaria. 2008; 40:641.

FERRER ARNEDO, CARMEN. Liderazgo enfermero en la gestión de la cronicidad. Metas de enfermería, ISSN 1138-7262, Vol. 14, Nº. 8, 2011, PP. 3.

FERRER ARNEDO, CARMEN. Retos y oportunidades de Enfermería Comunitaria. Los valores como motores de transformación en la práctica del cuidado en Atención Primaria. Revista Iberoamericana de Atención Primaria. Vol. 4 Nº. Octubre de 2011.

FINFGELD-CONNETT. D. PHD, APRN, BC. Meta-synthesis of caring in nursing Journal of clinical Nursing. 2007 17, 196–204.

- FONTENLA, MARTA. El patriarcado. Disponible en: <http://www.mujiresenred.net/spip.php?article1396>(Consultado el 8 de Abril de 2013)
- FOUCAULT, MICHAEL .El nacimiento de la clínica. Ed. Siglo XXI Madrid 1999
- FOUCAULT, MICHAEL. Vigilar y Castigar. Nacimiento de la prisión. Ed. Siglo XX, 16 Ed. Madrid 2009
- FRANCISCO DEL REY CRISTINA, MAZARRASA ALVEAR LUCÍA. Cuidados informales. Rev. Enferm 1995; 18 (202): 61-65
- FRASER, NANCY ¿De la redistribución al reconocimiento? Ed. Morata Madrid 2006
- FRASER, NANCY .Escalas de justicia. Ed. Herder, Barcelona.2008.
- FRASER, NANCY. “Usos y abusos de las teorías del discurso francés en la política feminista”, en: Hypatia, Buenos Aires, 1989.
- FRASER, NANCY. La justicia social en la era de la política de identidad: Redistribución, reconocimiento y participación. En Fraser, Honnet H. ¿Redistribución o Reconocimiento? Ed. Morata Madrid 2006. PP: 29.
- FRASER, NANCY. Redistribución y reconocimiento: hacia una visión integrada de justicia del género. RIFP/8(1996) PP: 35-38.
- FUNDACIÓN ÍNDEX. Base de datos bibliográfica sobre cuidados de salud en Iberoamérica. CUIDEN PLUS. Disponible en: <http://www.index-f.com>. (Consultado el: 13-3-2013)
- FUSTER CABALLERO, DOLORES ET AL. Demanda de la población de enfermería de atención primaria de salud. Albacete capital 1997 Revista de enfermería Nº 9, 1999.
- GALA LEÓN, FRANCISCO J; LUPIANI GIMÉNEZ, MERCEDES; MIRET GARCIA, Mª TERESA; DÁVILA GUERRERO, JESÚS; CORDEIRO CASTRO, JOSÉ A Y RAJA HERNÁNDEZ, RAFAEL. Promoción de la salud en enfermería de A.P. mediante el diseño piloto de un Taller de Formación en Comunicación de Malas Noticias según el modelo de Buckman. Rev. Paraninfo digital. 2008; Año 2(3). Disponible en: <<http://www.index-f.com/para/n3/p124.php>> Consultado el 11 de Nov. de 2011
- GALÁN SENDRA, B.; ROJAS DE MORA-FIGUEROA, A.; GARCÍA CAÑADAS, M. L.; REYES GONZÁLEZ, C., VARGAS GÓMEZ, C.; AGUILERA MALDONADO, L., ET AL. (2007;). Implantación de los modelos de cuidados en atención primaria: ¿teoría o realidad? Rev. Paraninfo Digital, 1. Disponible en: <<http://www.index-f.com/para/n1/p163.php>> (Consultado el 12 de Nov. de 2012)
- GALIANA SÁNCHEZ, Mª EUGENIA; GARCÍA PARAMIO, Mª PILAR; BERNABÉU MESTRE, JOSEP. De enfermeras a ayudantes técnicos sanitarios: el proceso de des institucionalización de la enfermería de salud pública durante el franquismo. IX Congreso Nacional y IV Congreso Internacional de Historia de la Enfermería. Canarias, un puente hacia América: relaciones enfermeras en el contexto iberoamericano Las Palmas de Gran Canaria Universidad de Las Palmas de Gran Canaria; 2007
- GALIANA SÁNCHEZ, MARÍA EUGENIA; GARCÍA PARAMIO, MARÍA PILAR; BERNABÉU MESTRE, JOSEP. Luchando por la supervivencia: Primera Asamblea Nacional de Enfermeras (Madrid, 1959). Temperamentvm 2008, 8. Disponible en <<http://www.index-f.com/temperamentum/tn8/t6786.php>> (Consultado el 12 de Abril de 2013)
- GALINDO SANCHO, MANUEL. La satisfacción de los pacientes en atención domiciliaria: competencia enfermera en atención primaria Hygia de enfermería: revista científica del colegio, ISSN 1576-3056, Nº 72, 2009 PP. 59-65.
- GALLEGO CAMINERO, GLORIA; ALORDA TERRASSA, CARMEN; MIRÓ BONET, ROSA; MIRÓ BONET, MARGALINDA. Seguimiento de un caso clínico en hospitalización a domicilio: una nueva alternativa Enferm Clínica 2008; 18(6):321-25
- GÁLVEZ RAMÍREZ, FELISA; DUARTE CLIMENTS, GONZALO; GÓMEZ SALGADO, JUAN; SÁNCHEZ GÓMEZ, MARÍA BEGOÑA. Roles y funciones de enfermería comunitaria Fundamentos teóricos de la enfermería comunitaria. Enfermería comunitaria I Madrid Fundación para el Desarrollo de la Enfermería (FUDEN) 2007.
- GÁLVEZ TORO, A. Producción científica de la enfermería española en Atención Primaria. Metas de enfermería 2001; IV (34):24-30.

GÁLVEZ TORO, ALBERTO. Errores en el lenguaje: Nursing no es Enfermería. "Cuidado" no es Care. Biblioteca Lascasas, 2007; 3(3). Disponible en [http://www.indexf.com /las casas/documentos/lc0251.php](http://www.indexf.com/las_casas/documentos/lc0251.php) (Consultado el 12-6-2011)

GAMBA, SUSANA ¿Qué es la perspectiva de género y los estudios de género? Disponible en: <http://www.mujiresenred.net/spip.php?article1395> (Consultado el 8 de abril de 2013)

GRACIA ARMENDÁRIZ, JUAN. Diario del hombre pálido. Ed. Demipage.1ª ed. Madrid. 2010.

GARCÍA, CLARA ¿Qué sabes de la transición? Ed. Mondadori. Madrid ,1989.

GARCÍA BARRIOS, SILVIA. Situación de la Sanidad Pública en España, desde la dictadura de Primo de Rivera hasta la dictadura de Francisco Franco. Temperamentvm 2011,13.Disponible en: <http://Index-f.com/temperamentum/tn13/t7380.php>. (Consultado el 5 de Marzo de 2013)

GARCÍA CALVENTE MARÍA DEL MAR, MATEO-RODRÍGUEZ INMACULADA, MAROTO-NAVARRO GRACIA. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. Gac Sanit [revista en la Internet]. [Citado 2013 Mayo 27]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000500011&Ing=es.

GARCÍA CALVENTE, MARIA DEL MAR Y COL .Análisis de género de las percepciones y actitudes de los y las profesionales de atención primaria ante el cuidado informal Gac. Sanit.2010; 24(4):293–302

GARCÍA CASADO, IRENE; ORS LÓPEZ, RAÚL; RODRÍGUEZ PERALES, ROSA MARÍA. ¿Conoce la población los servicios que ofrece la Enfermería Comunitaria? Enfermería Común (edición digital) 2006, 2(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/comunitaria/v2n1/a17-23.php> (Consultado el 23-1-2012).

GARCÍA FERNÁNDEZ, FRANCISCO PEDRO; CARRASCOSA GARCÍA, MARÍA I; RODRÍGUEZ TORRES, MARÍA C; GILA SELAS, CARMEN; LAGUNA PARRAS, JUAN M; CRUZ LENDÍNEZ, ALFONSO J. Influencia de las Enfermeras Gestoras de Casos hospitalarios sobre la preparación de las cuidadoras para asumir el cuidado domiciliario. Gerokomos 2009 dic. 20(4):152-158

GARCÍA MANTAS, ASCENSIÓN. Los registros informatizados como herramienta favorecedora de la investigación de los cuidados. Evidentica. 2005 ene-abr.; Año 2(4). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n4/90articulo.php>.(Consultado el 12 de Abril de 2012)

GARCÍA MÁRQUEZ, MARÍA DOLORES; PEGA AJAR GARRIDO, ALBERTO. La OPE extraordinaria 2002 y la migración de enfermeras hacia la Atención Primaria Rev. Paraninfo digital 2008; Año 2(3) Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/p127.php>(Consultado el: 14 de Mayo de 2013).

GARCÍA SUÁREZ, L; LEÓN ROSALES L DE, FUENTES GARCÍA, S; FERREIRO GARCÍA. Análisis bibliométrico de los artículos científicos publicados en la Revista Médica Electrónica (2003-2009). Rev. Méd. Electrón 2010; 32(3). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202010/vol3%202010/tema05.htm>. (Consultado el Febrero de 2013)

GARCÍA, L, PÉREZ, FJ Y LEÓN, Mª M. Análisis descriptivo de la población atendida por los enfermeros comunitarios de enlace en el distrito bahía de Cádiz La Janda. En: Asociación Nacional de Directivos de Enfermería. 17 Jornadas nacionales de supervisión de enfermería: enfermeras gestoras, retos y propuestas de futuro (Córdoba, 7,8 y 9 junio 2006). Valencia: Asociación Nacional de Directivos de Enfermería, 2006. POS_031. Poster. C 27-Nº17.

GARISOAIN, VICTORIA; MERINO RAQUEL. Enfermería de salud pública en España y Navarra a lo largo del presente siglo. Disponible en :<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol20/n3/enferb.html> .(Consultado el 10 de Marzo de 2013).

GASCH GALLÉN, ÁNGEL; MORENO GARCÍA, ANA; GERMÁN BES, CONCHA. El aprendizaje de los cuidados invisibles. Rev. Paraninfo Digital 2012; VI (15) .Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n15/pdf/094p.pdf> (Consultado el 26-7-2014)

GERMÁN BES, CONCHA.: Auto cuidados en atención Primaria de Salud. Salud 2000, 1.991; 28: 12-16.

GERMÁN BES, CONCHA. Documentación de la asignatura Teorías y Modelos, Máster de Ciencias de la Salud, Universidad de Zaragoza. 2003.

GERMÁN BES CONCHA .Salud Ambiental y Ecológica, en Salud Global. Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. Madrid 2005 Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/39450195/LIBRO-DE-GLOBALIZACION-Y-SALUD-1-Copy> (Consultado el: 12 de Marzo de 2013)

GERMÁN BES, CONCHA. Tuning [Internet]. 2003. Disponible en: <http://www.unizar.es/enfez/> (Consultado el 12 de Abril de 2012).

GERMÁN BES, CONCHA .Tuning. La Sintonía Enfermera para el Espacio de Educación Superior. Rev. Rol Enferm. 2004; 27(10): 49-56.

GERMÁN BES, CONCHA, FAJARDO TRASOBARES, ESTHER. Influencia del género en el reconocimiento de los cuidados enfermeros visibles e invisibles. Índex de Enfermería [Índex Enferm] (edición digital) 2004; 46. Disponible en <http://www.index-f.com/index-enfermeria/46revista/46_articulo_9-12.php>. (Consultado el 12 de mayo de 2009)

GERMÁN BES, CONCHA. Género y Enfermería. Índex Enferm [serie en Internet] 2004 1346:07-08. Disponible en:¿http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000200001&lng=es&nrm=iso¿. (Consultado el 14 de Abril de 2013)

GERMÁN BES CONCHA. Historia de la Institución de la Enfermería Universitaria. Tesis Doctoral. 2007: Publicaciones Universidad de Zaragoza, Zaragoza. Disponible en: <http://zaguan.unizar.es/record/4470>.(Consultado 3-10-2010)

GERMÁN BES, CONCHA. Historia de la enfermería Comunitaria I Enfermeras visitadoras a instructoras sanitarias: Temperamentum. 2008, 4(8). Disponible en: <http://www.index-f.com/temperamentum/tn8/t0608.php>.(Consultado el 14 de Abril de 2013)

GERMÁN BES, CONCHA. Apuntes para la Historia de la Enfermería desde Mayo del 68 a la muerte de Franco. Los efectos de la Guerra Civil en la Enfermería en el Tardo franquismo. Temperamentvm 2009, 10. Disponible en <<http://www.index-f.com/temperamentum/tn10/t709.php>> (Consultado 23-Noviembre de 2011)

GERMÁN BES, CONCHA; HUESO NAVARRO, FABIOLA. Cuidados humanizados, enfermeras invisibilizadas. Rev. Paraninfo Digital, 2010; 9. Disponible en: <<http://www.index-f.com/para/n9/pi009.php>> (Consultado el Consultado el 5-5-2011).

GERMÁN BES, CONCHA. Enfermera sí pero no así. Mujer y Salud 2010; (27-28):23-26.

GERMÁN BES, CONCHA; GRUPO WALQUIRIAE. La experiencia de las enfermeras en la Historia de la Sanidad Española durante el conflicto de junio de 1976.Temperamentvm 2010, 11.Disponible en <http://www.index-f.com/temperamentum/tn11/t1101.php>(Consultado el 20 de Marzo de 2013)

GERMÁN BES, CONCHA; HUESO NAVARRO, FABIOLA; HUÉRCANOS ESPARZA, ISABEL; FERRER ARNEADO, CARMEN .Exploración del término "buen trato", dicho por familiares y usuarios de los servicios de salud Rev Paraninfo Digital 2011; Año V(14) Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n14/pdf/166d.pdf>(Consultado el 14 Agosto de 2013)

GERMÁN BES, CONCHA; HUESO NAVARRO, FABIOLA; HUÉRCANOS ESPARZA, ISABEL. El cuidado en peligro en la sociedad global Enferm Global -Esp- 2011; 10(23):221-232. Disponible en: revistas.um.es/eglobal/article/view/125491 (Consultado el 24 de Abril de 2013)

GERMÁN-BES, CONCHA. Una mirada actual del modelo ecológico de Florence Nigthingale Revista Científica de Enfermería .Recien Nº 2 mayo 2011 PP.- 5

GERMÁN BES, CONCHA. La Revolución de las Batas blancas.la enfermería española de 1976 a 1978.Ed prensas de la Universidad de Zaragoza. Zaragoza ,2013

GERVÁS JUAN, BONIS JULIO. El debate profesional acerca de la escasez de médicos. Rev. Esp. Salud Pública Vol.82 no.6. Madrid Nov. /Dec. 2008

GERVÁS JUAN, PÉREZ FERNÁNDEZ MERCEDES. Sano y salvo y libre de intervenciones medicas innecesarias. Ed. Los libros del lince Barcelona, 2013

GILLIGAN, CAROL. La moral y la teoría. Psicología del desarrollo femenino. México: FCE, 1985

GIMÉNEZ MAROTO, ANA MARÍA; SERRANO GALLARDO, PILAR; GIMÉNEZ MAROTO, ANA MARÍA; SERRANO GALLARDO, PILAR
Imprecisiones del proceso diagnóstico enfermero. *Metas. Enferm* 2008 dic. / 2009; 11(10):57-62.

GIRAO GORIS, ADOLF. La FAECAP y la AEC unen sus esfuerzos para conseguir la especialidad. *Boletín de enfermería comunitaria* II-2001 / VOL 7 / Nº 2.

GODOY CANO, JOSÉ ANDRÉS; GODOY CANO, ANTONIA; NÁJERA RUIZ, ANTONIA; MARTÍN SÁNCHEZ, M^a CARMEN
Trabajando unidos en promoción de salud y prevención de escaras *Rev. Paraninfo digital* 2008
Año 2(3) Disponible en: <<http://www.index-f.com/para/n3/p143.php>> (Consultado el 19 de Junio de 2013)

GOMÁRIZ, ENRIQUE. "Los estudios de género y sus fuentes epistemológicas. Periodización y perspectivas", en *ISIS Internacional* N° 17, Santiago de Chile (1992): Disponible en. <http://tallergeneroycomunicacioncc.files.wordpress.com/2011/04/gomariz-periodizacic3b3n-de-los-estudios-de-gc3a9nero.pdf> (Consultado el 14 de Abril de 2013)

GÓMEZ CUESTA, CRISTINA. Entre la flecha y el altar: el adoctrinamiento femenino del franquismo. *Cuadernos de Historia Contemporánea* 2009, Vol. 31, 297-317 Gómez Gonzales, B; Escobar A. *Rev. Estrés y sistema inmune. Mex. De neurociencia;* 7(1):30-38

GÓMEZ LOPES, LUIS I; TOMAS AZNAR, CONCEPCIÓN; GERMÁN BES CONCEPCIÓN; MORENO AZNAR LUIS. *Enfermería de salud pública: Cap. 102. Pedrola Gil Medicina preventiva y Salud Publica* 10 ed. Masson, Barcelona 2002.

GONZALO JIMÉNEZ E, TORAL LÓPEZ I, RUIZ BARBOSA C, MARTÍN SANTOS FJ, MORALES ASENCIO JM. Estrategias de mejora de la atención primaria en Andalucía. *Biblioteca Lascasas*, 2007; 3(2). Disponible en </Lascasas/documentos/lc0228.php>. (Consultado el 19 de Junio de 2013)

GONZÁLEZ CANTALEJO, CARMEN. *Las cuidadoras. Historia de las practicantes, matronas y enfermeras (1857-1936)*. Almería: Instituto de Estudios Almerienses; 2006.

GONZÁLEZ GIL .Florence Nigthingale. Profesionalización de los cuidados desde una perspectiva de la antropología feminista. *Cultura de los Cuidados* .1.er semestre 2005, año IX (17)

GONZÁLEZ JURADO, MÁXIMO A. El compromiso de la Enfermería con la Sociedad *Rev. Adm. Sanit.* 2009; 7(2):221-30

GONZÁLEZ LÓPEZ, ESTHER. Enfermera en Atención primaria, retos para el milenio. *Rev. de administración sanitaria. Volumen V.* Nº8 Abril junio 2008.

GONZÁLEZ MARTÍNEZ CARLOS. La dictadura Franquista de 1939 a 1957 Disponible en: <http://historiaencomentarios.wordpress.com/2011/04/25/el-franquismo-1939-1975/> (Consultado el 7 de Marzo de 2013)

GONZÁLEZ PASCUAL JUAN L, ET AL. Consulta de enfermería a demanda en los centros de salud. *Del INSALUD de la Comunidad de Madrid .Enfermería Clínica* 2004; 14(1):25-30.

GONZÁLEZ RODRÍGUEZ, ANGUSTIAS, SERRANO MORENO, M^a SERRANO Y BERNABÉ MOYANO, M^a ÁNGELES. Taller permanente "Alimentación y Salud". Intervención educativa dirigida a familias de escolares en situación de sobrepeso y obesidad. *Rev. Paraninfo Digital.* 2008; Año 2(3). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/p020.php>. (Consultado el 13 de Mayo de 2013)

GONZÁLEZ SORIANO, M; RISCO OTAOLAURRUCHI, C; FREIXAS PASCUAL, MJ. Evolución de las publicaciones de Salud Pública y Enfermería comunitaria en seis revistas españolas durante 10 años. *Enferm Clínica* 1997; 7(5):217-255.

GONZALO JIMÉNEZ, ELENA; TORAL LÓPEZ ISABEL; RUIZ BARBOSA, CARMEN; MARTÍN SANTOS, FRANCISCO JAVIER; MORALES ASENCIO JOSÉ MIGUEL. Estrategias de mejora de la atención primaria en Andalucía. *Biblioteca Las casas*, 2007; 3(2). Disponible en <<http://www.index-.com/lascasas/documentos/lc0228.php>> (Consultado el 20 de Marzo de 2013)

GRACIA ARMENDÁRIZ, JUAN. *Diario del hombre pálido*. Ed. Demipage. 1^a ed. Madrid. 2010.

- GRUPO TÉCNICO DE MEJORA DE NAVARRA. Proyecto de mejora de la organización del proceso asistencial en Atención Primaria. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea; 2007. Disponible en : <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/29FC5389-6259-4870-9925-18019DA6A1BD/143394/Reorganizacionasistencialpremioscalidad.GobiernodeN.doc> (Consultado el 14 Abril 2012)
- GRUPO TÉCNICO DE MEJORA, Departamento salud Atención Primaria Navarra. Plan de mejora de calidad de atención primaria de Navarra 2009- 2012 .Disponible en:http://www.semfcy.es/pfw_files/cma/Informacion/modulo/documentos/acuerdo-navarra.pdf (Consultado el 17 de marzo de 2013)
- GUERRA MARTÍN, M^a DOLORES. La compasión y la confidencialidad en la prestación de cuidados enfermeros. Educare 21 Esp-| 2007. Enero. (32).
- HARTMAN, HEIDI. Un matrimonio mal avenido: hacia una unión más progresiva entre marxismo y feminismo. Disponible en: <http://www.fcampalans.cat/archivos/papers/88.pdf> (Consultado el 14 de Abril de 2013)
- HEIERLE VALERO, CRISTINA. La especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Enfermería Comunitaria (Rev. digital) 2009, 5(2). Disponible en <<http://www.index-f.com/comunitaria/v5n2/ec0052.php> (Consultado el 15-3-2010)
- HERNÁNDEZ MARTÍNEZ, RAFAEL; CARRILLO HIDALGO, DOLORES; BARBER MARÍA, VIRGINIA; CODEEN I BOVÉ, NÚRIA. La relación enfermera-paciente en la atención primaria de salud. Un estudio cualitativo. Rev. Paraninfo Digital, 2008; 5. Disponible en: <<http://www.index-f.com/para/n5/o050.php>> (Consultado el 25-5-2011).
- HERNÁNDEZ MÉNDEZ, SOLANGER. Planteamientos sobre enfermería desde una concepción filosófica .Enfermería Global. Mayo 2003 2003. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/download/667/699>.(Consultado el 14-4-2012)
- HERNÁNDEZ PIÑERO, ARÁNZA. Igualdad diferencia: genealogías feministas feminismo/s 15, junio 2010, pp. 75-94
- HERNÁNDEZ VERGEL, LÁZARO LUIS; ZEQUEIRA BETANCOURT, DULCE MARÍA; MIRANDA GUERRA, AMAURI DE JESÚS. La percepción del cuidado en profesionales de enfermería Rev. Cubana Enfermar 2010; 26(1):30-41.
- HERNÁNDEZ-FABÀ, EVA; SANFELIU- JULIÀ, CRISTINA. Atención de la patología aguda de enfermería en atención primaria: caso clínico en la odinofagia. Enferm Clin. 2010; 20:197-200.
- HERNANDEZ IGLESIAS, FRANCISCO. Innovación en Atención Primaria. Vías de avance de fácil y necesaria implementación En: Ortun Vicente. La refundación de la Atención Primaria. Capítulo 7; pp. 112 .disponible en: http://www.upf.edu/catedragrunenthalsemg/_pdf/la_refundacixn_de_la_atencixn_primaria.pdf.(Consultado el 23 de mayo de 2013)
- HIDALGO GUTIERREZ, FRANCISCO. Enfermera gestora de casos. Inquietudes. 2008; XIII (38):2.
- HORROCKS, SUE; ANDERSON, ELISABETH; SALISBURY, CHRIS. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. BMJ. 2002; 324:819-23.
- HUÉRCANOS ESPARZA, ISABEL. El cuidado invisible, una dimensión de la profesión enfermera. Biblioteca Lascasas, 2010; 6(1). Disponible en <<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0510.php>. (Consultado el 16 de Abril de 2013)
- HUÉRCANOS ESPARZA, ISABEL. Estudio piloto para la validación de un cuestionario acerca de la percepción de los pacientes sobre la calidad del Cuidado Invisible de Enfermería. Biblioteca Las casas, 2011; 7(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0567.php> (Consultado el 5 de Mayo de 2012)
- HUERTAS, RAFAEL. Política sanitaria: de la dictadura de Primo de Rivera a la II República. Rev. Esp. De Salud Pública 2000; 74; 35-43
- HUTCHINSON S; WILSON H. La investigación y las entrevistas terapéuticas: una perspectiva posestructuralista. En: Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Ed. Universidad de Antioquia. Colombia, 2003
- ICART MARIA TERESA; FUENTE SAZ CARMEN; PULPÓN ANNA M. Elaboración y presentación de un proyecto de investigación y una tesina. (Metodología 1). Barcelona: Universitat de Barcelona; 2001.

IGEA MORENO, M; LOZANO GARCÍA, Y.; GONZÁLEZ GASCÓN, R. Implantación de la metodología enfermera en los sistemas informáticos de atención primaria Enfermería Global 2005; 6, 1. Disponible en: www.um.es/eglobal/ (Consultado el: 13 de Nov. de 2010)

IGLESIAS MARTA .Entrevista a Celia Amorós .Pensar en Femenino .Disponible en: Revista Fusión .com Disponible en: <http://www.revistafusion.com/2007/julio/entrev166.htm> (Consultado el 9 de Abril de 2013)

IRIGIBEL-URIZ XABIER. Enfermería disciplinada, poder pastoral y racionalidad medicalizadora. Índex Enferm [revista en la Internet]. 2008 Dic. [Citado 2013 Abr. 23]; 17(4): 276-279. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000400012&lng=es.http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962008000400012.

IZQUIERDO, MARÍA JESÚS. Del sexismo y la mercantilización del cuidado a su socialización: Hacia una política democrática del cuidado. En "Cuidar Cuesta: costes y beneficios del cuidado". Emakunde SARE; 2003

JIMÉNEZ OTERO MO. RUIZ ARIAS, ESPERANZA. Consulta de enfermería en consultorios ambulatorios. Sevilla: Junta de Andalucía; 1996.

JODAR SOLA. GLORIA, JODAR SOLA. NÚRIA, CUXART- AINAUD. ZABALETA-DEL-OLMO, EDURNE. Reflexiones sobre la prescripción enfermera en el ámbito de la atención primaria de salud. Aten Primaria. 2009; 41:335-8.

JOHNSON MARION; MASS M, MORREAD S; ANDERSON M, AQUILINO M; BELLINER S. Clasificación de resultados de enfermería (CRE). 2ª ed. Madrid: Mosby, 2003.

JORGE SAMITIER, PABLO Y KOLLY LERÍN, ESTEFANÍA. La "hiperfrecuentación" en atención primaria r/c la "relación de ayuda" en las consultas de enfermería. Enferm Comunitaria (Gran) 2009; 5((1).)Disponible en: <http://www.index-f.com/comunitaria/v5n1/ec6956.php>.(Consultado el 9 de Nov. de 2011)

JORGE SAMITIER, PABLO; KOLLY LERÍN, ESTEFANÍA. Progreso enfermero ligado a los avances sociales de la segunda república española. Temperamentvm 2009, 9. Disponible en <<http://www.index-f.com/temperamentum/tn9/t6955.php> (Consultado el : 10 de Marzo de 2013)

KEROUAC SUSANNE, PEPIN JACINTE, DUCHARME FRANCINE, DUQUETTE A, MAJOR FRANCINE. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson; 1996.

KREDERDT ARAUJO, SL. Reflexiones sobre el cuidar-cuidado de enfermería. Estudio etnográfico en enfermeras docentes de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Biblioteca Lascasas, 2007; 3(1). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0201.php>. (Consultado el 12 Abril de 2010)

KUERTEN ROCHA, PATRICIA; DO PRADO, MARTA LENISE; DE GASPERRI, PATRICIA; SEBOLD, LUCIARA FABIENE; WATERKEMPER, ROBERTA; BUB, MARIA BETTINA C.El cuidado y la enfermería. av.enferm.-Col- 2009; 27(1):102-109.Disponible en I: <http://www.index-f.com/rae/271pdf/102109.pdf>.(Consultado el (Consultado el 20 de Nov. de 2012)

LA FUNDACIÓN DOMO es lugar de estudio, reflexión, investigación y experimentación en el ámbito de las ciencias de la salud y de la enseñanza .Disponible en: <http://www.emagister.com/fundacion-domo-cursos-56102-centrodetalles.htm>.(Consultado el 12 de Agosto de 20123)

LAGARES VALLEJO, ELOÍSA. Percepción de las Actividades de enfermería en Atención Primaria. Tesis Doctoral Universidad de Sevilla 2008

LALANDA, MÓNICA. De Okupas, Efer-mesas y Nurse Practitioners. ENE. Revista de Enfermería. 5(3):69-72 Disponible en: <http://enfermeros.org>. (Consultado el 12 Abril de 2010)

LAPONA ESTELLA, CAROLINA; GRANILLERAS MERCADER, SILVIA; OROZCO GRÁDANOS, EVA; MUÑOZ PENALBA, ANNA; PEDRET LLABERIA, ROSER; ROCA BITRIA, BLANCA .Traslados en Enfermería: movilidad voluntaria en clave migratoria. Metas Enferm 2010; 13(7):62-65.

LARRAÑAGA ISABEL, MARTÍN UNAI; BACIGALUPE, AMAIA; BEGUIRISTÁIN, JOSÉ MARÍA; VALDERRAMA, MARÍA JOSÉ; ARREGI BEGOÑA. Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. *Gac Sanit* [revista en la Internet]. 2008 oct. [Citado 2013 Ago. 05]; 22(5): 443-450. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112008000500008&lng=es pp. 443-450

LAURANT M; REEVES D; HERMENS R; BRAS PENNING J; GROL R; SIBBALD B. Sustitución de médicos por enfermeras en la atención primaria (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, and UK: John Wiley & Sons, Ltd.). (Consultado el 6 de Julio de 2009)

LEAL NEGRE, MIREIA; ALVARADO MONTESDEOCA, CARLES; DOMENECH RODRIGUEZ, CECILIA; GARIJO BORJA, ANA; MOREIRAS LÓPEZ, SONIA Consulta de enfermería de alta resolución en Atención Primaria *Rev. ROL Enferm* 2011 34(9):32-39

LEDESMA ALBERT. Entidades de base asociativa: un modelo de provisión asistencial participado por los profesionales sanitarios. Valoración actual y retos futuros. *Rev. Adm. Sanit*; 2005; 3(1): 73-81.

LEITE DA SILVA. La enfermería y salud desde el punto de vista del género: desafíos ante el siglo XXI. *Enfermería integral*. Jun. 2008.

LEÓN ROMÁN, CARLOS AUSTIN. Enfermería ciencia y arte del cuidado. *Rev. Cubana Enfermer* 2006; 22(4)

LIÉBANA FERNÁNDEZ, JL; NIETO MUÑOZ, MJ; CASTILLO QUINTERO, A; QUERO CABEZA, A Y RODRÍGUEZ MUÑOZ, J. Hábitos de alimentación de la población atendida por las enfermeras comunitarias de enlace. *Rev. Paraninfo Digital*. 2007; Año 1(2). Póster. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/p133.php> Consultado el 13-11-09

LÓPEZ CANO, MARÍA; RUÍZ FERNÁNDEZ, MARÍA DOLORES; PÉREZ NAVARRO, ADELAIDA. Valoración de la autoestima de los profesionales de enfermería en atención primaria. *Rev. Paraninfo Digital*, 2007; 2. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n2/070.php> (Consultado el 12 de Nov. de 2010)

LÓPEZ MORALES, MANUEL. La Enfermería Comunitaria, Especialista con FAECAP. VI Congreso Nacional de Enfermería de Atención Primaria Asturias, 1, 2 y 3 de Octubre 2009. Disponible en: http://www.pacap.net/es/noticias/seapa_programa_mayo09_00.pdf. (Consultado el 12 de Nov. de 2010)

LORDÁN IBARZ, GORETTI; MONCLÚS MURO, ANA; CALDERÓN GRAU, PILAR; AGUERRI MARTÍNEZ, M ÁNGEL; CHAVERRI ALAMÁN, CARMEN. Educación Sanitaria a cargo de Enfermería: influencia en la calidad de vida del paciente diabético. *Rev. Paraninfo Digital* 2008 II (5) Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n5/p118.php> (Consultado el: 13 de Mayo de 2013.)

LORENZINI ERDMAN ,ALACOQUE ;LIZIA; LEITE JOSETE; COSTA MENDES, ISABEL AMELIA; TREVIZAN ,MARÍA AUXILIADORA; CARVALHO DANTAS CLAUDIA; Análisis de Invetiaciones Brasileñas enfocadas en el cuidado de enfermería ,años 2001-2003. *Cienc. Enferm.* [Revista en la Internet]. 2005 Dic. [Citado 2013 Jul. 01]; 11(2): 35-46. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532005000200006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532005000200006>

LUNARDI VALERIA; PETER, ELISABETH; GASTALDO, DENISE. ¿Es ética la sumisión de las enfermeras? Una reflexión sobre la anorexia de poder. En: *Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería (AENTDE)*. IV Symposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería. A Coruña 9-10 Mayo 2002

LUQUE ORTEGA, Y; CONTRERAS FARIÑAS, R; GRANADOS MATUTE, AE; MORENO VERDUGO, A; TORRALBA ALBELLA, J Planificación al alta: Anticiparse a las necesidades del paciente y su familia. *Rev Paraninfo Digital* 2010; IV (8) Disponible en : <http://www.index-f.com/para/n8/005.php> (Consultado el 19 de Junio de 2013)

MACCLOSKEY, BULECHEK GLORIA .Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC 2ª ed. Harcourt Madrid ,2001.

MACHADO, RAQUEL MARGARITA. Concepções e práticas de autocuidado sob a ótica de enfermeiras docentes. Disponible en: <http://200.169.226.83:82/12cbcnf/arquivostrabalhos/i10794.e3.t2161.d3ap.doc>.(Consultado el 6-3-2012)

MACIEL, ISABEL CRISTINA FILGUEIRA; ARAUJO, THELMA LEITE DE. Consulta de enfermagem: análise das ações junto a programas de hipertenso arterial, em. Fortaleza. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, mar. 2003. Disponível em

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000200010&lng=pt&nrm=iso.acessos em 06 abr. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692003000200010>

MALDONADO PACHECO, ADRIANA; CORRAL SASTRE, LUCÍA; ARRANZ CABAÑAS, SORAYA; ARANDA MORENO, SILVIA; SERRANO GALLARDO, PILAR. Problemas crónicos de alta prevalencia. Abordaje enfermero desde una perspectiva epidemiológica. *Problemas Educare* 21 -Esp 2010; 64.

MANCHA PARRILLA, MARILUZ, RAMÍREZ JIMÉNEZ, RITA; LARRUBIA RAMOS, CONCEPCIÓN, RODRÍGUEZ ALCÁZAR, MIGUEL ÁNGEL, ARANGO ORTEGA, JUANA Y BÁEZ CABEZA, ANTONIO. Absorbentes: racionalizamos su prescripción. *Evidentia*. 2006; 3(7). Disponible en: En: [http://WWW. Index-f.com/Evidentia/n7/216-2articulo.php](http://WWW.Index-f.com/Evidentia/n7/216-2articulo.php) [ISSN: 1697-638X]. (Consultado el 19 de Junio de 2013)

MARSIGLIA G. La psiconeuroinmunología: Nueva visión sobre la salud y la enfermedad, *Italo Gac Méd.* Caracas 117(3): 148-151, D. 2009 Sep.

MARTÍ ROBLED, ELENA ET AL. La profesión enfermera a lo largo de 14 años de modelo de Atención Primaria Metas 1999; 14.

MARTÍN SANTOS, FJ; MORILLA HERRERA, JC; MORALES ASENSIO, JM; GONZALO JIMÉNEZ, E. Gestión compartida de la demanda asistencial entre médicos y enfermeras en Atención Primaria. *Enferm Comun* 2005; 1(1). Disponible en <http://www.index-f.com/comunitaria/1revista/1_articulo_35-42.php> (Consultado el 13 de Nov. de 2010)

MARTÍN ZURRO, AMANDO; CANO PÉREZ, JF. ATENCIÓN PRIMARIA. Concepto, Organización y Práctica Clínica. 5ª ed. Madrid: Elsevier, 2003.

MARTÍNEZ GUTIÉRREZ, CRISTINA Y OLIVENCIA VARÓN, RAÚL. Humanización de los cuidados pediátricos de enfermería en atención primaria. *Rev. Paraninfo Digital*. 2008; 4. Disponible en :<http://www.index-f.com/para/n5/o081.php> (Consultado e : 13 de Mayo de 2013

MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, ÁNGEL .Antropología Médica .Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad. Ed. Antropos .Barcelona 2008

MARTÍNEZ LAO, MARÍA TERESA; OLIVA, JOSÉ MANUEL, DE MORA-FIGUEROA, ANA ROJAS. Diagnósticos enfermeros: ¿Qué ocurre en la práctica enfermera en una zona rural? *Enfermeras de Atención Primaria. UGC Río Nacimiento. ZBS Río Nacimiento. Distrito Almería. Evidentia* 2007; 4(13). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n13/305-2articulo.php> [ISSN: 1697-638X].(Consultado el 1-4-2012).

MARTÍNEZ MARCOS, M ET AL. Eficacia de un taller de habilidades de afrontamiento en pacientes diabéticos. *Metas de Enfermería* Feb. 2007; 10(1): 23-30.

MARTÍNEZ QUES; ANGEL ALFREDO, FERNÁNDEZ ROMERO FLORA. El compromiso de una pionera con los derechos de las mujeres: Lavinia Lloyd Dock (1858-1956). *Índex Enferm [revista en la Internet]*. 2007 Jun. [Citado 2013 Abr. 15] ; 16(56): 62-65. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962007000100014&lng=es.

MARTÍNEZ RIERA, JOSÉ RAMÓN. Consulta de enfermería a demanda en Atención Primaria. Reflexión de una necesidad. *Rev. Admr. Sanit*; 2003; 1(3):425-40

MARTÍNEZ RIERA, JOSÉ RAMÓN. Enfermera Comunitaria versus Enfermera Escolar. *Rev. ROL Enferm-*. 2009 j; 32(7-8):46-49.

MARTÍNEZ RIERA, JOSÉ RAMÓN; DEL PINO CASADO, RAFAEL. Estrategias para mejorar la visibilidad y accesibilidad de los cuidados enfermeros en Atención Primaria de salud. *Rev. Admr. Sanit*. 2007; 5 (2):311-37.

MASSÓ GUIJARRO, ESTER .La mujer y el holismo, o antropología de la urdimbre. Nueva epistemología feminista para mundos nuevos *Astrolabio. Revista internacional de filosofía* Año 2008. Núm. 6. ISSN 1699-7549. 45-59

MATAMOROS QUESADA, C ET AL. Percepción de los usuarios y usuarias del quehacer de enfermería en el primer nivel de atención. *Rev. Enf Revista actual en Costa Rica. Rev. Semestral* 2007; N°12

MAYA MAYA, MARÍA CECILIA. Identidad profesional. Invest. Educenferm. 2003 ;(21)1:98-104.

MAZARRASA ALVEAR, LUCIA. SÁNCHEZ MORENO, ANTONI; GERMÁN BES, CONCEPCIÓN.; SÁNCHEZ GARCÍA, ANA M^a. MERELLES TORMO, ANTONIO. APARICIO RAMÓN, VICENTE. Salud pública y enfermería Comunitaria (I). 2ª edición. Madrid: Mc Graw-Hill Interamericana; 1996.PP.74

MEDINA MOYA, JOSÉ LUIS. La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería Ed.Laertes, Barcelona 1999.

MEDINA, TERESA. El avance tecnológico y la capacidad de escucha, Index Enferm (Gran) 2005; XIV (51):63-64 Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/51/6079.php> (Consultado el 13 de Mayo de 2013).

MEDINA-VALVERDE, M JOSÉ; RODRÍGUEZ-BORREGO, M AURORA; LUQUE-ALCARAZ, OLGA; DE LA TORRE-BARBERO, M JOSÉ; PARRA-PEREA, JULIA; MOROS-MOLINA, M DEL PILAR .Estudio evaluativo sobre una herramienta informática de gestión enfermera en el periodo 2005-2010 Enferm Clínica 2012; 22(1):3-10.

MEJÍA LOPERA, MARÍA EUGENIA. Significado del cuidado de enfermería para el paciente en estado de cronicidad: Índex de Enfermería [Índex Enferm] (edición digital) 2008; 17(4). Disponible en <<http://www.index-f.com/index-enfermeria/v17n4/6749.php> (Consultado el 4 de Mayo de 2010).

MIGUÉLEZ CHAMORRO, ANGÉLICA. Desarrollar las competencias enfermeras en beneficio de la población, los profesionales y el sistema sanitario. Tesela [Rev. Tesela] 2009; 6. Disponible en <<http://www.index-f.com/tesela/ts6/ts7250.php> (Consultado 18-3-2012.)

MIQUEO CONSUELO; GERMÁN BES, CONCEPCIÓN; FERNÁNDEZ-TURRADO, TERESA; BARRAL, M^a JOSÉ. Ellas también cuentan. Científicas en los comités de revistas biomédicas. Zaragoza, Prensas Universitarias de Zaragoza, 2011, pp. 144-154.

MÍNGUEZ ARIAS, JORGE. La Cultura Enfermera: Análisis Antropológico de la Enfermería de Equipo de Atención Primaria en La Rioja (ATS/DUE EAP) Tesis Doctoral Alicante 2011.

MINISTERIO DE SANIDAD. Política social e igualdad .Informe sobre profesionales de cuidados de enfermería .Informe oferta necesidad 2010 Disponible en: 2025.http://www.mspsi.gob.es/novedades/docs/Estudio_necesidades_enfermeria.pdf. (Consultado el: 12 de Mayo de 2013)

MIRA JJ, ET AL. Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y Atención Primaria. Rev. Calidad Asistencial 2002; 17(5):273-83.

MIRÓ BONET, MARGALIDA. ¿Por qué somos como somos? Continuidades y transformaciones de los discursos y las relaciones de poder en la identidad de las/os enfermeras/os en España (1956-1976). Tesis Doctoral Universitat de les Illes Balears. Departament d'Infermeria i Fisioteràpia12-12-2008.

MIRÓ BONET, MARGALIDA; GASTALDO, DENISE; GALLEGO CAMINERO, GLORIA. Por qué somos como somos? discursos y relaciones de poder en la constitución de la identidad profesional de las enfermeras en España (1956-1976)Enferm Clínica. 2008; 18(1):24-34

MOLINER, MARÍA .Diccionario del uso español. Ed. Gredos 2008

MOLINÉS BARROSO, RAÚL JUAN; ÁLVARO ALFONSO, FRANCISCO JAVIER; RODRÍGUEZ LORENZO, SILVIA; LÁZARO MARTÍNEZ. Revisión Bibliográfica sobre el enfoque integral del paciente con pie diabético en la consulta de enfermería de Atención Primaria. Rev. ENE Enfermería 2007; (1):45-55.Diponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/73>(Consultado el: 12 de Mayo de 2013)

MONTERO RAMÍREZ, GRETTEL; LEÓN GUERRA, LIDIA SILVIA; GONZÁLEZ ALBA, MADELEINE; SOSA, AGUSTINA MARELYS; LEÓN HERNÁNDEZ, YUNIET; TAMAYO POMPA, YILÁN .Reflexiones acerca de la Enfermería transcultural. Metas Enferm 2012; 15(7):62-65

MONTEROS MORALES, C; ÁLVAREZ VARGAS, C; ECHEVARRÍA ZAMANILLO, M; PÉREZ ALONSO, J; SÁNCHEZ GÓMEZ, MB Y DUARTE CLEMENTES, G. Tratar la obesidad: El plato fuerte de la Atención Primaria. Rev. Paraninfo Digital. 2008; II (5). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n5/o081.php> (Consultado el: 13 de mayo de 2013.)

MONTESÓ CURTO, M^a PILAR. Concepto de género, mainstreaming e igualdad de oportunidades Rev. ROL Enferm 2010 ;33(5):43-47

MONTESÓ CURTO, PILAR .Mujeres y enfermería: cambio social. Un proyecto de igualdad para organizaciones y empresas Ed. Silva .Tarragona 2011

MONTESÓ-CURTO, PILAR; LLEIXÀ-FORTUÑO, MAR; ALBACAR-RIOBÓO, NURIA; FERRÉ-GRAU, CARME; AGUILAR-MARTÍN, CARINA; SÁNCHEZ-HERRERO, ANTONIO; ESPUNY-VIDAL, CINTA. Análisis de la profesión enfermera en Atención Primaria [Análisis de la profesión enfermera en Atención Primaria]Aglnf 2011; 15-2(58):72-77.Disponible en: <http://www.agoradenfermeria.eu/>(Consultado el 13 de Abril de 2013).

MORALES ASENCIO, JM; MARTÍN SANTOS, FJ; CONTRERAS FERNÁNDEZ, E; MORILLA HERRERA, JC. Prescripción de medicamentos y productos sanitarios por Enfermeras Comunitarias. Enferm Común (edición digital) 2006, 2(1). Disponible en <http://www.index-f.com/comunitaria/v2n1/a49-57.php>(Consultado el 12 de Nov. de 2009)

MORALES MÁRQUEZ, MARÍA DIONISIA; CORREA CUSTODIO, PAULINA; ARDÁIZ FLAMARIQUE, BENITA; GARCÍA GALLARDO, PETRA; GARCÍA SAUCEDO, ALBERTO; PÉREZ NORIA, ANTONIO. Prevalencia de diagnósticos enfermeros en la población demandante de ayuda de la Ley de Dependencia Rev. Paraninfo digital 2008 Año 2(3). Disponible en: <<http://www.index-f.com/para/n3/p192.php>> (Consultado el 12-11-09).

MORAN CARMEN. a educación en la II República .Disponible en : http://www.upct.es/seeu/_as/divulgacion_cyt_09/Libro_Historia_Ciencia/web/mapa-centros/Educacion%20y%20I%20Republica.htm.(Consultado el 15 de marzo de 2013)

MORESCHI, CLAUDETE; DE SIQUEIRA, DAIANA FOGGIATO; DALCIN, CAMILA BIAZUS; GRASEL, JÉSSICA TORRES; BACKES, DIRCE STEIN. Homenagem a Florence Nightingale e compromisso com a sustentabilidade ambiental [Homenaje a Florence Nightingale y compromiso con la sostenibilidad ambiental]Rev. Baiana Enferm 2011; 25(2):203-208

MURARO, LUISA: El orden simbólico de la madre; Horas y Horas, Madrid, 1994

NARVÁEZ TRAVERSO, ALICIA; MARTÍNEZ GALIANO, JUAN MIGUEL; PÉREZ MARTÍN, BLANCA. Revisitando a Florence Nightingale desde una perspectiva de género. Índex de Enfermería [Índex Enferm] (edición digital) 2010; 19(4). Disponible en <<http://www.index-f.com/index-enfermeria/v19n4/7268.php>> (Consultado el 12 Enero de 2013)

NASAIF, HA. Doctor of Nursing Practice, Nursing Faculty, Royal College of Surgeons-Bahrain, Busaiteen, Kingdom of Bahrain Knowledge and attitudes of primary care physicians toward the nurse practitioner role in the Kingdom of Bahrain. J Am Acad Nurse Pract. 2012 Mar; 24(3):124-31. Doi: 10.1111/j.1745-7599.2011.00710.x.(Consultado el 12-6-2012).

NASCIMENTO, KEYLA CRISTINE; ERDMANN ALACOQUE, LORENZINI,;LEITE JOSETE ,LUCIA, MARCELINO GRABRIELA, RIBEIRO JULIANA, APARECIDA. Conceitos de cuidado sob a perspectiva De mestrandas de enfermagem. Rev. Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS) 2006 t; 27(3): 36-97

NASCIMENTO, ENILDA ROSENDO DO; SANTO TOMÁS PÉREZ, MAGDALENA. Cuestiones de género en las tesis doctorales sobre Enfermería en España Metas Enferm 2011; 14(5):72-76 disponible en: <http://www.enfermeria21.com/publicaciones/metassumario> (Consultado el 24 de Abril de 2013)

NAVARRO CARRASCO, CRISTINA MARÍA; BERNALTE BENAZET, ÁLVARO. La información sanitaria, su importancia para los enfermeros de familia y la accesibilidad de éstos a las bases de datos Rev. Paraninfo Digital 2008II (5) Disponible en: <<http://www.index-f.com/para/n5/p049.php>> (Consultado el 13 de Nov. de 2010)

NELLY PÉRE .Valores éticos y morales en la práctica de la enfermera comunitaria. Ética, Bioética. Ética médica. Ética en "010 Disponible en: Enfermeria<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2277/1/>(Consultado el 15 de Abril de 2013)

NIGHTINGALE, FLORENCE. Notas sobre Enfermería, Qué es y qué no es. Barcelona: Masson-Salvat, 1990.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA) Diagnósticos Enfermeros de la NANDA .Definiciones y Clasificación 2000-2001.Harcourt. Madrid.

NOTICIAS DE NAVARRA.COM. La confianza en enfermeras y médicos, lo más valorado en atención primaria. Miércoles 6 octubre 2010.Disponible en: <http://www.abc.es/agencias/noticia.asp?noticia=541967>(Consultado el 30 de Mayo de 2013)

NOVO-GARCÍA, CARMEN; DE DIOS-PERRINO, SOFÍA; LAFUENTE-LÓPEZ, CONCEPCIÓN; ROMERO-ARANCÓN, CARMEN; HERRERO-RUBIO, FELISA. Retino grafía y tonometría en atención primaria: técnicas incorporadas a la práctica habitual de enfermería. *Enferm Clínica* 2011; 21(1):19-24.

OLEA, NICOLÁS. La exposición a disruptores endocrinos. Ponencias del Curso de Verano de El Escorial. "Riesgo Tóxico Protección Ambiental, Salud Laboral Y Seguridad Alimentaria". Fundación General de la Universidad Complutense de Madrid, 2005, vol. 30.

OMS, Salud 21. Salud para todos en el siglo XXI. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1999

OMS. Enfermería en acción. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo 1993.

O.M.S.: Atención Primaria de Salud. Conferencia Internacional de Alma-Ata. Ginebra, 1978.

OMS. Enfermería y salud en la comunidad. Serie e informes técnicos ,558.Ginebra, OMS ,1974

OPS-OMS .Enseñanza de enfermería en salud comunitaria. Publicación científica, 332. Washington, DC OPS, 1976 definió cuales deberían de ser los objetivos de la Enfermería Comunitaria.

OREM, DOROTHEA. Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Masson Salvat; 1993.

OREM, DOROTHEA. Normas prácticas de enfermería. Ed. Pirámide. Madrid 1983 PP: 26

ORKAIZAGIRRE GÓMARA, AINTZANE. Oxitocina, la hormona de la calma, el amor y la sanación. *Ética de los Cuidados*. 2010 ene-jun.; 3(5). Disponible en <<http://www.index-f.com/eticuidado/n5/et7402.php>> (Consultado el 30 de Mayo de 2013)

ORKAIZAGIRRE GÓMARA, AINTZANE. La Relación de Cuidado. *Rev Paraninfo Digital* 2013; VII (18) Disponible en: [url: http://www.index-f.com/para/n18/v004.php](http://www.index-f.com/para/n18/v004.php)(Consultado el 26-7-2014)

ORSI PORTALO, ENRIQUE; REOYO JIMÉNEZ, AGUSTÍN; CANO CAYUELA, CRISTINA; UGUINA COSCOTEGÜE, MONTSERRAT; SEGUIDO GIMÉNEZ, DOLORES; PEREDA GIL, ANA; ARANGUREN GIMÉNEZ, ANA. Cargos de gestión en hospitales públicos madrileños y en colegios profesionales españoles. Un análisis de género. *Metas Enferm*.2010-2011; 13(10):50-55.Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/publicaciones/metassumario#>(Consultado el 24 de Abril de 2013)

ORTA ÁLAVA, ROSA M^a; PÉREZ GUERRA, M^a ÁNGELES; OYÓN GARCÍA, PILI; LORENTE SIMÓN, MARÍA; ANSÓ RUIZ, ANA; GRÁVALOS MAÑERO, MERCHE; JAÉN BEDATE, ELISA; JIMÉNEZ PÉREZ, M^a ÁNGELES; GÓMEZ ABADÍA, ANA. Planes de cuidados enfermeros como mejora de calidad de la consulta enfermera en Atención Primaria *Pulso* 2009; 60:36-37.

ORTIZ GONZÁLEZ, TERESA. El Género organizador de las profesiones sanitarias. En: *Moqueo y col. Perspectivas de género en salud Fundamentos científicos y socio profesionales de diferencias sexuales no previstas* Ed. Minerva Editores. Madrid 2001.pp. 53-75.

PADRE SEOANE, MIRYAM; PITA BARRAL, M^a DEL CARMEN. PÚBLICO. Valiño Pazos, Cristina. *Imagen social de la enfermería: un vistazo al espejo*; *Enferm científ*. 2004 89:32-33.

PALOMO COBOS, LUIS. La investigación y la evolución reciente de la atención primaria. *Gac. Sanit* 2002; 16(2):182-7

PEDRAZ MARCOS, AZUCENA. La edad dorada de la enfermería española lección, leída en el acto académico en homenaje como profesora honoraria de doña M^a Victoria Antón Nardiz .Universidad autónoma de Madrid Dic. 2010 Disponible en:

http://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/15/Conferencia._Homenaje_M%C2%AA_Victoria_Ant%C3%B3n-2.pdf
(Consultado el 6 de Marzo de 2013)

PEDRAZ MARCOS, AZUCENA; RAMÍREZ SCHACKE, MARGARITA; OTER QUINTANA, CRISTINA; PALMAR SANTO, ANA; MARTÍN ROBLEDO, ELENA. La visitadora sanitaria. Órgano oficial de la Asociación Profesional de Visitadoras Sanitarias. Temperamentvm 2007, 6. Disponible en <http://www.index-f.com/temperamentum/tn6/t6466.php>(Consultado 30 de Marzo de 2013)

PEINADO BARRASO, MC; CARRIÓN CAMACHO, RM; DOMÍNGUEZ CARRANZA, MD; ESTEPA OSUNA, MJ; BARROSO VÁZQUEZ, M; ZAMORANO IMBERNÓN. Registro para la implementación de los planes de cuidados Rev Paraninfo Digital 2010; IV (8) Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n8/048.php> (Consultado el 12 de Abril de 2012).

PEÑUELAS CARCAVILLA, MARÍA CRUZ; ENJUTO GUTIÉRREZ, BELÉN; CRUZ ARGUDO, JAVIER Y PEÑUELAS CARCAVILLA, RAQUEL. Prevalencia de lactancia materna en Atención Primaria e influencia de factores socio sanitario y cultural. Metas Enferm. 2008; 11(7):14-17.

PÉREZ ÁLVAREZ, TERESA Y DÍAZ CARREIRAS, CARMEN. Satisfacción laboral en enfermeros/as de atención primaria del servicio gallego de salud. Metas Enferm. 2008 ene; 10(10):6-10.

PÉREZ ANDRÉS, CRISTINA. Aceptación del contrato programa por el personal sanitario de la atención primaria de Madrid: un estudio cualitativo. Rev. Sanid Hig Pública 1995; 69:7988

PÉREZ HERNÁNDEZ, ROSA M; LÓPEZ ALONSO, SERGIO ROMEO; LACIDA BARO, MANUELA Y RODRÍGUEZ GÓMEZ, SUSANA. La enfermera comunitaria de enlace en el Servicio Andaluz de Salud. Enferm Comunitaria (Gran). 2005; 1(1). Disponible en: http://www.index-f.com/comunitaria/1revista/1_articulo_43-48.php(Consultado el 13 de Nov. de 2010)

PÉREZ OROZCO, AMAIA. Amenaza tormenta1: la crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico. Revista de Economía Crítica 2006; núm. 5. Disponible en:
http://cdd.emakumeak.org/ficheros/0000/0378/amaia_perez._amenaza_tormenta_LA_CRISIS_DE_LOS_CUIDADOS_Y_LA.pdf
(Consultado el 14 de marzo de 2013)

PÉREZ RIVAS, F. J; OCHANDORENA JUANENA, M; SANTAMARÍA GARCÍA, J. M; GARCÍA LÓPEZ, M; SOLANO RAMOS, V; BEAMUD LAGOS, M; ET AL. Aplicación de la metodología enfermera en atención primaria. Revista de Calidad Asistencial (2006). 21(5): 247-254.

PEREZAGUA GARCÍA, Mª CARMEN; DEL RÍO MORO, OSCAR; VIDAL GÓMEZ, Mª BELÉN; VILLALTA SEVILLA, MARTA. Satisfacción personal de enfermería. ¿se cumplen nuestras expectativas? Ciber Revista -Esp- 2005 oct. (35) disponible en: <http://www.fac.org.ar/ccvc/llave/tl014/tl014.pdf>. (Consultado el 13 de nov. de 2010)

PEYA GASCÓNS, MARGARITA. Proyecto AP21: estrategias para la atención primaria en el siglo XXI. Nursing -Ed. es-. 2006; 24(6):6.

PICO MERCHÁN, MARÍA EUGENIA; TOBÓN CORREA, OFELIA. Sentido del rol de profesional de enfermería en el primer nivel de atención en salud. Índex de Enfermería [Índex Enferm] (edición digital) 2005; 51. Disponible en <http://www.index-f.com/index-enfermeria/51/5918.php>(Consultado el 5-5-2011).

PINEDA DEL RÍO, ANA ISABEL; SÁNCHEZ ROBLE, MARIANO. Análisis de presunto intrusismo profesional en el ámbito del trabajo social sanitario: la enfermera de enlace .Trab. Soc. y Salud -Esp. 2006; 55:149-161

PINO CASADO, R DEL. La enfermera Como primer contacto para la atención a pacientes con enfermedades leves en Atención Primaria [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. British Medical Journal. 2000; 320: 1048-1053] Índex de Enfermería [Índex Enferm] (edición digital) 2002; 38. Disponible en <http://www.index-f.com/index-enfermeria/38revista/38_articulo_66-68.php> (Consultado el 13 de Abril de 2012).

PIQUÉ PRADO, EVA .Proyecto de mejora de la calidad en el proceso de Atención de Enfermería. Enf. Cientf 2010; 218-219.PP.:43-45

PIQUÉ PRADO, EVA. Mujer y salud desde una perspectiva de género. Metas Enferm, 2003; 53: 50-54.

PIRES, CLÀUDIA GEOVANA DA SILVA; MUSSI, FERNANDA CARNEIRO. Refletindo sobre pressupostos para o cuidar/cuidado na educação em saúde da pessoa hipertensa [Reflexionando sobre los conceptos del cuidar/cuidado en la educación en salud del sujeto hipertenso] Rev. Ex Enferm USP Bra 2009; 43(1):229-236

POLETTI, ROSETTE. Cuidados de enfermería. Tendencias y conceptos actuales. Barcelona. Ediciones Rol.

POLO VALLEJO, JUAN ANTONIO; RODRÍGUEZ ROMERO, ASUNCIÓN; GÓMEZ-PLANA USERO, M^a JOSÉ; PORTALES PÉREZ, ROSA; TAUSTE TORROBA, ANTONIO Y VERDIER MAYORAL, JUAN L. Experiencia de participación y significación de la salud comunitaria. Rev. Paraninfo digital. 2008; Año 2(3). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/o024.php>.(Consultado el 6-3-2012)

PONCE GONZÁLEZ, JOSÉ M^a; BELLIDO MORENO, M^a LUZ; CORTÉS REYES, INMACULADA; LÓPEZ RODRÍGUEZ, LUIS; REY GONZÁLEZ, ELOY; MONTAÑO BERNAL, ANA. Problemas identificados en atención domiciliaria en pacientes dependientes y sus cuidadoras a través de la taxonomía manda Hygia de Enfermería 2006; XIII (64):4248 Año 3(7) Disponible en: <http://www.colegioenfermeriasevilla.es/Publicaciones/Hygia/>(Consultado el: 3 de Febrero de 2012)

PORTA, MIQUEL, ET AL. Estudios realizados en España sobre concentraciones en humanos de compuestos tóxicos persistentes. Gaceta Sanitaria, 2008, vol. 22, no 3, p. 248-266.

POSADA KUBISSA LUISA .De la diferencia como identidad: génesis y postulados contemporáneos del pensamiento de la diferencia sexual.:monográficos_ no_16 araucaria_ luisa posada kubissa, de la diferencia como identidad génesis y postulados contemporáneos del pensamiento de la diferencia sexual. Disponible en: http://institucional.us.es/araucaria/nro16/monogr16_2.htm .(Consultado el 9 de abril de 2013)

PRADA, CARLOS DE, ET AL. "Las nuevas enfermedades y la contaminación química." (2010).Disponible en: http://digital.csic.es/bitstream/10261/40288/1/MATERIALES_300505.pdf (Consultado el 1 de Abril de 2013)

PRECIARIAS A LA DERIVA. De la atención primaria a la asistencia precaria. Una entrevista con trabajadoras del cuidado en el ámbito público. En a la deriva por los circuitos de la precariedad femenina. Ed. traficante de sueños. Madrid 2004 pp.: 131-16 8.

PREGO VICTORIA. Así se hizo la transición .Ed. Plaza y Janes .Barcelona 1995

PUIG GIRBAU, NURIA; LLADÓ BLANCH, M^a MAGDALENA. Protocolo de actuación ENLACE-PREALT. Metas Enferm 2011; 14(6):8-12. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com> (Consultado el 12 de Nov. de 2012)

PULEO, ALICIA .H Feminismo y ecología El Ecologista, nº 31, verano 2002

QUEIRÓZ AA. Empatía e Respeito. 2 ed. Coímbra: Editora. Arianne. 2004.

QUINTERO, MARÍA TERESA; GÓMEZ, MARGARITA. El cuidado de enfermería significa ayuda. Aquichan 2010; Vol. 10, (1).

QUIÑONES PÉREZ, MARTA; GONZÁLEZ FERNÁNDEZ, MARTA; SUTIL PELLITERO, CARMEN; GONZÁLEZ MARCOS, NOELIA. Premio a la comunicación mejor valorada por los congresistas: NANDA, NIC, NOC: los grandes desconocidos en castilla y león. Ciber Revista - Esp- 2009 abr6:5 Disponible en: ` <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/abril/pagina5.html>.(Consultado el 10 de Feb. de 2013)

RADL PHILIPP, RITA "questões epistemológicas sobre gênero: o debate atual" ponencia vii colóquio do museu pedagógico: "educação, PP 14. "História, memória e práticas sociais" Pool. UEPG Ci. Hum. Ci. Soc. Apl. Ling., Letras e Artes, Ponta Grossa, 16 (1) 9-20, jun. 2008

RAE. [Internet]. Definición de conceptos. [Citado 18 diciembre 2008]. Disponible en <http://www.rae.es/rae.html>.(Consultado el 13 de Abril de 2013)

RAMO CALERO, ENRIQUE. Enfermería Comunitaria Métodos y Técnicas. DAE, SL. 2da Ed., Madrid- España, 2002

RAMÓN-CABOT, JOANA; Fernández-Trujillo, Montserrat; Forcada-Vega, Carme y Pera-Blanco, Guillem. Efectividad a medio plazo de una intervención educativa grupal dirigida al cuidado de los pies en pacientes con diabetes tipo 2. Enfermería Clínica. 2008; 18(6): 302-308.

RAMOS DKR, MESQUITA SKC, GALVÃO MCB, ENDERS BC. Paradigmas da saúde e a (des) valorização do cuidado em enfermagem em Foco 2013; 4(1): 41-44

REBOLLEDO-MALPICA, DINORA MARGARITA; SILES GONZÁLEZ, JOSÉ Cultura y Género en la Gestión de enfermería. Rev Tesela 2008; 2(3) Disponible en: <http://www.index-f.com/tesela/ts3/ts6611.php>(Consultado el 11 d Abril de 2013)

REYES MELIÁN, JUANA M^a; DUARTE CLIMENTS, GONZALO; IZQUIERDO MORA, DOLORES. Análisis de la situación y líneas de desarrollo en enfermería de atención primaria. Junio 1998-septiembre 1999 Biblioteca Las casas 2006 Disponible en I: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0099.php> (Consultado el 19 de Junio de 2013)

RIBEIRO CUNHA, R. ET AL: Promoção da saúde no contexto paro ara: possibilidade de cuidado de enfermagem. Texto contexto, Enferm, Florianópolis, 2009 jr; 18(1): 170-6.

RIBEIRO LEÃO, ELISETH Cuidar de Pessoas e Música. Una visão Multiprofissional Ed. Yendis Sao Caetano do Sul. Brasil 2009.

RIBEIRO LEÃO, ELISETH R Imagens mentais decorrentes da audição musical erudita em mulheres com dor crônico músculo esquelético: contribuciones para a utilização da Música pela Enfermagem. São Paulo. Escola de Enfermagem d USP ,2002.

RIBEIRO, JORGE MANUEL DA SILVA. Autonomia profissional dos enfermeiros [Autonomia profesional de los enfermeros]Referência 2011; III(5):27-36 : <http://www.index-f.com/referencia/2011pdf/35-027.pdf>.(Consultado el 5-3-2012).

RICO BLÁZQUEZ, M., FERRER ARNEDEO, C; DE FRÍAS REDONDO, M., VALDIVIA PÉREZ, A.; PÉREZ DE HITTA, C., & REGIDOR ROPERO, T. Prevalencia de problemas de cuidados en población vulnerable. Metas de enfermería, 2009; 12(7), 10-14.

RIFÀ ROS, R., COSTA TUTUSAUS, L; OLIVÉ ADRADOS, C; PALLARÉS MARTÍ, A.; PÉREZ, I., & VILA GIMENO, C. Proyecto de mejora de la atención a la población inmigrante en la atención primaria de salud en Cataluña. Cultura de los cuidados.2006; X (20)

RINCÓN DEL TORO, TERESA; PIQUÉ PRADO, EVA; GIL GÓMEZ, RICARDO. Prevalencia de sobrepeso, obesidad y alteración de la nutrición por exceso en población infantil de una zona básica de salud. Metas de Enfermería 2009; 12(8).

RIOSEAS, SUSANA. La tiranía de la moda y la belleza Reinventando la corporalidad femenina. Asociación de mujeres Hypatia de Burgos 2007 .Disponible en : <http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=7&sqi=2&ved=0CFQQFjAG&url=http%3A%2F%2Fwww.especieenpeligro.net%2Findex.php%2Fdocs%2Fcategory%2F15-documentos%3Fdownload%3D139%3A-la-dictadura-de-la-belleza&ei=Ad1JUea5KYnTPKLygOAK&usg=AFQjCNGoxeY30fq-2TiRdUI0vAGnj-17jg&sig2=SbQeAdvOeKeRDPKXNYAUnQ> (Consultado el 20 de Marzo de 2013)

RIVAS CERDEIRA, ROSA M^a; CANTARERO LAFUENTE, LOURDES; LA ORDEN MACORRA, MARÍA JESÚS; REINA GARCÍA, MARÍA DEL MAR; BURGOS GORJÓN, MARÍA ÁNGELES; PÁEZ FERNÁNDEZ, ANTONIA; DÍAZ RICO, M^a ÁNGELES. Eficiencia de una intervención de las enfermeras de enlace en la prescripción de absorbentes Metas Enferm 2007; 10(8):28-31

RIVERA ÁLVAREZ, LUZ NELLY; AVARADO TRIANA "Cuidado humanizado de Enfermería: Visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la Clínica del Country." Actualizaciones En Enfermería 2007;.10(.4):15 - 21

RIVERA CARRETAS ,MILAGOS .Historia de una relación sin fin: la influencia en España del pensamiento italiano de la diferencia sexual (1 987-2002) DUODA Revista d'Estudis Feministes núm. 24-2003 Disponible en : http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=7&sqi=2&ved=0CFMQFjAG&url=http%3A%2F%2Fwww.raco.cat%2Findex.php%2FDUODA%2Farticle%2Fdownload%2F62916%2F91106&ei=fJ6wUbaNMKG7Ab80oD4Dg&usg=AFQjCNFImLf2Va8PC0Dv-OEIqUzPU-9JhQ&sig2=ujtvlr_HcKz5Gzw0c8ISjg.(Consultado el :12 de Abril de 2013)

ROBLEDO GÓMEZ, ÁNGELA MARÍA .Economía del Cuidado: Del reconocimiento a la Redistribución. Retos de la política pública Disponible en:http://www.dane.gov.co/files/noticias/uso_tiempo_angela_robledo.pdf.(Consultado el 24 de Abril de 2013)

RODRIGO ISABEL; NUIN M. ÁNGELES; GABILONDO, LUIS; AYERDI, KARMELE; APEZTEGUIA GIMENO, ÁLVARO; GALÍNDEZ, ANA. Gestión de la calidad en el Sistema Sanitario Público de la comunidad foral de Navarra. Rev. Calidad Asistencial 2004 n Vol. 19, Issue 3. PP. 177- 188

RODRÍGUEZ GARCÍA, MARTA; MARTÍNEZ MIGUEL, ESTHER; TOVAR REINOSO, ALBERTO; GONZÁLEZ HERVÍAS, RAQUEL; GODAY AREAN, CARMEN; GARCÍA SALINERO, JULIA. Deconstrucción de la profesión de enfermería desde la perspectiva de género. ¿Debilidad o fortaleza? Rev. ROL Enferm 2009; 32(7-8):24-30

RODRÍGUEZ GÓMEZ, SUSANA; LACIDA BARO, MANUELA; CABALLERO ALGARÍN, M^a DEL MAR; GARCÍA AGUILAR, ROCÍO A; PÉREZ HERNÁNDEZ, ROSA M^a; LÓPEZ ALONSO, SERGIO R. Manual de la Gestión de Casos en Andalucía: Enfermeras Gestoras de Casos en Atención Primaria Biblioteca Lascasas 2007;3(2) Disponible en : <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0245.php>(Consultado el 19 de Junio de 2013)

RODRÍGUEZ RAMOS, RÓMUL; RODRÍGUEZ PÉREZ, JUDIT .Psiconeuroinmunoendocrinología.(PNIE), el Pensamiento Complejo y la Medicina Naturista Medicina Naturista , 2009; Vol. 3 - N.º 2: 86-91

RODRÍGUEZ, J. J. V. DUESO, JOSÉ: Historia y leyenda de las brujas de Zugarramurdi. De los akelarres navarros a las hogueras riojanas. Editorial Txertoa, Donostia-San Sebastián, 2010. 109 pp.[ISBN: 978-84-7148-487-1]. El Futuro del Pasado, 3, 554-559.

RODRIGO ISABEL; NUIN M. ÁNGELES; GABILONDO, LUIS; AYERDI, KARMELE; APEZTEGUIA GIMENO, ÁLVARO; GALÍNDEZ, Ana Gestión de la calidad en el Sistema Sanitario Público de la comunidad foral de Navarra. Rev. Calidad Asistencial 2004 n Vol. 19, Issue 3. PP. 177- 188

RODRÍGUEZ, JOSEP A; BOSCH JOSEP LLUÍS C. Enfermeras hoy: Cómo somos y cómo nos gustaría ser. Conclusiones al estudio sociológico. Universidad de Barcelona. 2004. Disponible en: <http://www.coib.cat/uploadsBO/Generica/Documents/ENFERMERAS%20HOY%20MAQUETAT.PDF>. Consultado el 3 de Abril de 2013.)PP:8

ROLDÁN PANADERO, CONCHA .A vueltas con la igualdad 15 ISegoría/13 (1996) PP.211

ROMERO, GEMA. Por fin hay comisiones nacionales de especialidades Enferm Facultativa -Esp- 2007 abr. XI (105):10

RUIZ MORAL, ROGER; ALBA DIOS, ANTONIA; DIOS GUERRA, CARIDAD; JIMÉNEZ GARCÍA, CELIA; GONZÁLEZ NEUBAUER, VALERIA; FÉRULA DE TORRES, LUIS ÁNGEL; BARRIOS BLASCO, LUCIANO. Preferencias, satisfacción y grado de participación de los pacientes en la toma de decisiones en las consultas de enfermería de los centros de salud. Enferm Clínica 2011; 21(3):136.

SAAVEDRA LLOBREGAT, M. DOLORES; RUIZ MIRALLES, M. LUISA; FLORES RAJONA, INMACULADA; SOLER LEYVA, PEPA; GALLAD ROMERO, JUAN. Gestión de casos en la integración de niveles asistenciales: Análisis de resultados Invest & Cuid 2009; 7(14):45-53 Disponible en: <http://www.enferalicante.org/index.asp?idp=838>(Consultado el 12 de Nov. de 2012)

SALAZAR AGULLÓ, M. Las enfermeras y la Ley de Dependencia en España. Índex de Enfermería [Índex Enferm] (edición digital) 2006 52-53. Disponible en :<<http://www.index-f.com/index-enfermeria/52-53/0709.php>> (Consultado el 5-10-2010.)

SALAZAR MAYA, ÁNGELA MARÍA. Tendencias internacionales del cuidado de Enfermería. Invest Educ Enferm.-Col- 2011; 29(2):294-304. Disponible en: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/6536/9369>. (Consultado el 12 de Abril del 2011).

SALGUERO CABALGANTE, R; BREA RIVERO, P; CAMBIL MARTÍN, J; GONZÁLEZ TUBIO C, PORCEL GÁLVEZ AM, LÓPEZ MÁRQUEZ, A. Buenas prácticas que evidencian la competencia profesional: El Programa de Acreditación de Competencias de la enfermera de atención primaria. Rev. Paraninfo Digital, 2007; 2. Disponible en: <<http://www.index-f.com/para/n2/123.php>> Consultado 13 de Nov. de 2010

SÁNCHEZ BLANCO, DAVID; DÍAZ RUBIO, ÁNGELA; PACHECO LÓPEZ, ISABEL M^a; ROMÁN ANDRADES, M^a TERESA. Promoción. Rev. Paraninfo digital 2008; 2(3).

SÁNCHEZ CONFORT, JOSEP. Registro informático de los cuidados enfermeros al fumador (2ª parte)Cuid y Educ 2006; (XII):7-9 Disponible en: http://www.seapremur.com/Revista_Nov_2006/revista_Nov_2006.htm(Consultado el: 13 de Nov. de 2010)

SÁNCHEZ GARCÍA ANA MARÍA, MAZARRASA ALVEAR LUCIA, MERELLES TORMO, ANTÓN. Salud Pública y Enfermería Comunitaria. En Mazarrasa Lucía, Germán Concha, Sánchez Antonio y col .Salud pública y enfermería comunitaria. Ed. McGraw Hill Madrid 1996 .PP.59-85

SÁNCHEZ GARCÍA, OLGA; DOMÍNGUEZ RODRÍGUEZ, M^a DEL CARMEN. Plan de Cuidados de Enfermería para el paciente en situación de Agonía en Atención Primaria Rev. ENE Enferm 2010 4(2):71-82

SÁNCHEZ MONFORT, JOSEP .Registro informático de los cuidados enfermeros al fumador, Cuid y Educ 2006; mayo (XI):20-23 Disponible en : http://www.seapremur.com/Revista_Mayo_2006/revista_Mayo_2006.htm .Consultado el : 13 de Nov. de 2010

SÁNCHEZ MONFORT, JOSEP. Metodología enfermera aplicada al tabaquismo. En: Cifuentes Francisco, Fernanda. IV Congreso nacional de prevención y tratamiento del tabaquismo CNTP. Presencia enfermera a través de FAECAP: Afrontar retos para seguir progresando (Barcelona, 11, 12 y 13 Noviembre 2004). [s.l.]: Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo, 2005. PP. 27-36. Ponencia. 1D-PRE-2005.

SÁNCHEZ PERRUCA, MI; FERNÁNDEZ, M. Producción científica relacionada con la especialidad de matrona. Metas de Enfermería 2000; 23:35-41.

SANCHO VIUDEZ, SANTIAGO .Análisis de situación y propuestas de mejora en enfermería de atención primaria de Mallorca: un estudio con grupos focales. Rev. Es salud pública enfermería. N. º 5 - Septiembre-Octubre 2002.

SANTA CLOTILDE JIMÉNEZ, E. Opinión de los usuarios sobre la profesión y el trabajo de los profesionales enfermeros. Biblioteca Las casas, 2006; 2 (4). Disponible en <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0188.php>. (Consultado el 12 de Abril de 2010.)

SARABIA Y ÁLVAREZ. J. La Enfermería y el Barómetro Sanitario Rev. Admr. Sanit.2009; 7(2):207-20.

SARTORIUS, NICOLÁS; SABIO ALBERTO. El final de la dictadura .la conquista de la democracia en España. Ed Temas de Hoy. 2007

SAVATER, FERNANDO. Ética para Amador. Editorial Ariel Barcelona 2003. PP.189

SCOTT, JOAN W. el género como categoría para el análisis histórico. Disponible en:<http://clionauta.wordpress.com/2009/01/09/joan-w-scott-el-genero-como-categoria-para-el-analisis-historico/> (Consultado el 9 de Abril de 2013)

SEIS DEDOS, NICOLÁS. El clima laboral. Colégio Oficial de Psicólogos de Madrid. 2003 copmadrid.org disponible en: http://scholar.google.es/scholar?start=20&q=desarrollo+profesional+clima+laboral+&hl=es&as_sdt=0(Consultado el 12-4-2012.)

SENDON DE LEÓN, VICTORIA. Entrevista Disponible en: <http://www.mujiresenred.net/spip.php?article1571> .(consultado el: 12 de abril de 2013)

SERRANO DEL ROSAL, RAFAEL; RANCHAL ROMERO, JULIA. La importancia e invisibilidad de la invisibilidad de las enfermeras en atención primaria de salud Rev. Índex de Enfermería 2010; 19(1):9-13 Disponible en <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v19n1/7058.php>(Consultado el: 12 de marzo de 2011)

SERVICIO NAVARRO DE SALUD. Plan de mejora de calidad de atención primaria de Navarra 2009- 2012 Disponible en : http://www.semfyec.es/pfw_files/cma/Informacion/modulo/documentos/acuerdo-navarra.pdf (Consultado el 17 de marzo de 2013)

SILES GONZÁLEZ JOSÉ. La eterna guerra de la identidad enfermera: un enfoque dialéctico y de construccionista. Índex de Enfermería [Index Enferm] (edición digital) 2005; 50. Disponible en <<http://www.index-f.com/index-enfermeria/50revista/5196.php>> (Consultado el 11 d Abril de 2013)

SILES GONZÁLEZ J. Historia de la Enfermería Comunitaria en España. Un enfoque social, político, científico e ideológico de la evolución de los cuidados comunitarios. Índex de Enfermería [Índex Enferm] (edición digital) 1999; 24-25. Disponible en <http://www.index-f.com/index-enfermeria/24-25revista/24-25_articulo_25-31.php> (Consultado 12 de <marzo de 2010)

SILVANO ARRANZ, AGUSTINA; FERNÁNDEZ LAO, AGUSTINA. Necesidades sentidas desde la perspectiva del paciente oncológico en el ámbito domiciliario. Biblioteca Lascasas, 2010; 6(1). Disponible en <<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0521.php>> Consultado el 12 de Nov. de 2012

SINOBAS ELENA, CARDEÑOSO, PILAR; HERREROS, ROCÍO. La actividad domiciliaria de la enfermedad rural. Nuberos Científica 011-2012; 1(5):18-21

SOCIEDAD DE ENFERMERÍA MADRILEÑA DE ATENCIÓN PRIMARIA (SEMAP) Situación actual tras la publicación de la sentencia del TSJM <http://www.semap.org/noticia001.html> (Consultado el 5-9-2012)

SOLDEVILLA AGREDA, JOSÉ JAVIER. ET AL. Una aproximación al impacto del coste económico del tratamiento de las úlceras por presión en España. Gerokomos: Vol. 18, Nº. 4, 2007, Págs. 201-21

SOLSONA, MONTSE; VICIANA, FRANCISCO. Claves de la evolución demográfica en el cambio de milenio Gac. Sanit 2004; 18(sup. 1):8-15

SOTO, CÁMARA RAÚL Y SANTAMARÍA CUESTA, INMACULADA. Prevalencia del Burnout en la enfermería de atención primaria. Enferm Clínica. 2005; 15(3):123-130.

SOTOCA, RAFAEL. Ética, bolígrafos y comidas gratis. A propósito de las relaciones entre médicos e industria farmacéutica [Grup d'Ètica societat catalana de medicina familiar i comunitaria. La ética en la relación con la industria farmacéutica. Encuesta de opinión a médicos de familia en Cataluña. Aten Primaria 2004; 34:6-12]GCS 2004; 6(3):94.

SOUZA AIJ, EDRAN AL. Contribuições para o conhecimento em enfermagem à luz da fenomenologia da percepção de Merleau-Ponty. Rev. Gaucha Enferm 2006 junio; 27(2):166-75.

STEVE MÓNIC. Contraste de dos perspectivas más allá de la ética de la justicia: Seyla Benhabib y Carol Gilligan. Jornades B de Foment de la Investigació Universitat Jaume I Disponible en: <http://www.uji.es/bin/publ/edicions/jfi13/22.pd.f> (Consultado el 14 de Marzo de 2013)

TAPIA VALERO, CARMEN; NOVO GARCÍA, CARMEN; HERNÁNDEZ PEDRAZA, RAQUEL; SÁNCHEZ GÓMEZ, MARÍA BEGOÑA; DUARTE CLEMENTES, GONZALO. Las enfermeras mejoran la salud de los pacientes crónicos. Revisión sistemática. Evidentia. 2009; 6(28). Disponible en: <<http://www.index-f.com/evidentia/n28/ev0628.php>> (Consultado el.10 de Abril de 2010)

TAUSIET CARLES, MARTA .Comadronas-brujas en Aragón en la edad moderna: mito y realidad manuscritas 15 (1997) 377-392

TAYLOR S.J. BOGDAN, R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación Ed. Paidós Barcelona 1987.

TIQUE, CLAUDIA ROCÍO. Intervención de enfermería en el manejo preventivo de la diabetes e hipertensión. Actual 2001; 4(4):9-13.

TOBIÁS MANZANO, ANA; GARCÍA ARRABAL, JUAN JOSÉ; GONZALO JIMÉNEZ, ELENA; MILLÁN CARRASCO, ALMUDENA; MORILLA HERRERA, JUAN C; RIVAS CAMPOS, ANTONIO .Efectividad del modelo de enfermeras comunitarias de enlace en la valoración integral de pacientes domiciliados Resumen de Póster. IV congreso ASANEC. Asociación andaluza de enfermería comunitaria. Atención a la dependencia en el espacio comunitario. Evidentia 2006 ene-feb.; 3(7). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/216-2articulo.php> [ISSN: 1697-638X]. Consultado el 12 de Nov. de 2012

TOBÓN CORREA, OFELIA. El autocuidado una habilidad para vivir. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/51187879/Autocuidado-Ofelia-Tobon-Correa> .(Consultado el 10 de Mayo de 2012)

TOMÁS ROJAS, JOSÉ; RODRÍGUEZ DEL ÁGUILA, MARÍA DEL MAR; CANO ARAVACA, PILAR; FERRÁNDIZ VIÑOLO, JOSÉ A. QUESADA RODRÍGUEZ, DOLORES, TOMENO ESTÉVEZ, ISABEL Y GONZÁLEZ JIMÉNEZ, FRANCISCO. Migración de la enfermería de Atención Especializada hacia Atención Primaria en un Distrito Sanitario. Enferm Comunitaria (Gran). 2008; 4(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/comunitaria/v4n2/ec0142.php> (Consultado el: 3 de Nov. de 2012)

TOMÁS VIDAL, A. El valor de los cuidados: valores sociales, modelo social y sistema sanitario (I).Enferm Clín 1999; 9:65-70.

TORRADEFLOT, IMMA BESORA; DEL OLMO MACIÀ, CARME; GI://INDEX-F.COM/EVIDENTIA/N13/305-2ARTICULO.PHP [ISSN: 1697-638X]. BERT LLORACH, ELVIRA; ONDIVIELA CARITEU, ÀNGELS; SOLÉ BRICHS, CLAUSTRÉ .Diagnósticos enfermeros estandarizados: guía para la práctica clínica en atención primaria Metas Enferm 2008; 11(3):21-26.

TORRALBA ROSSELLÓ, FRANSEC. Antropología del cuidar. Madrid: Instituto Borja de Bioética/Fundación MAPFRE Medicina; 1998.

TUBÍA, MAITE .El Ritmo musical en la recuperación del movimiento en el Parkinson. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10401/3410>. (Consultado el 5 de abril de 2013)

TUSELL GÓMEZ, JAVIER; EGIDO LEÓN, ÁNGELES; MARTÍNEZ SEGARRA ROSA, RIVAS LARA LUCIA; GARCÍA QUEIPO DE LLANO, GENOVEVA. La era de Franco (1939-1975) En Historia del mundo contemporáneo. Curso de acceso directo (U.N.E.D.) Ed. Universitas, S.A. Madrid 2001

UGT Federación de Servicios públicos Consideraciones de la FSP-UGT ante el Proyecto de Real Decreto sobre Especialidades de Enfermería. Disponible en:

<http://seapaonline.org/uploads/documentacion/LicenciaturaEspecialidad/Consideraciones%20de%20FSP-UGT%20al%20proyecto%20del%20R.D%20sobre%20especialidades.pdf>.(Consultado el 12-5-2011)

URBINA FARALDO, INMACULADA. ESCUCHAR Y CUIDAR. ÍNDEX DE ENFERMERÍA. [Índex Enferm] (Edición digital) 2006 55. Disponible en <<http://www.index-f.com/index-enfermeria/55/7102.php>> (Consultado el 12-1-1012.)

URDANIZ RUIZ, CONCHI; SANTACRUZ REDRADO, EVA; MARTÍNEZ AGORRETA, SUSANA; POZUETA DIÉGUEZ, GUADALUPE. Mejora de la calidad de la vacunación antitetánica en el Centro de Salud de Buñuel, Pulso 2009; 58:28-29.

URMENETA MARÍN, ANA. La llegada de las Siervas de María a Pamplona (1878) y el cuidado de enfermos en el domicilio. Rev. Pulso 2002; dic. 32:8-9. Disponible en: http://www.enfermerianavarra.org/actualidad/pulso_32.pdf .(Consultado el 5 de Marzo de 2013)

URMENETA MARIN, ANA. El arte de ayudar a parir y las comadronas en Navarra .Disponible en:)<http://www.euskonews.com/0181zkb/gaia18103es.html> (Consultado el 7 de Abril de 2013)

URRA M EUGENIA; JANA A ALEJANDRA; GARCÍA V MARCELA. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. Cienc. Enferm [revista en la Internet]. 2011 Dic. [Citado 2013 Jul 01] ; 17(3): 11-22. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300002&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532011000300002>.

VALCÁRCEL AMELIA. Perfil .Disponible en: <http://www.mujeresenred.net/amelia-valcarcel.html>. (Consultado el 12 de Abril de 2013)

VALCÁRCEL, AMELIA .Miedo a la igualdad, Barcelona, Crítica, 1993

VALCÁRCEL, AMELIA. La política de las mujeres. Ediciones Cátedra, 1997. Universidad de Valencia e Instituto de la Mujer, Madrid (Col. Feminismos, 38).

VALDERRAMA MARTÍN, AB; PUJAZÓN RODRÍGUEZ, R; ROMERO GONZÁLEZ, JM; CÓRDOBA GÓMEZ, J. Sectorización Enfermera en la Zona Básica de Huelva. Biblioteca Lascasas, 2008; 4(2). Disponible en <<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0325.php>> (Consultado el 12 de Nov. de 2012)

VALLES MS. Entrevistas cualitativas. Cuadernos metodológicos nº 32. Centro de Investigaciones Sociológicas; 2002.

VARIOS AUTORES. Clave. Diccionario de uso del español actual. Ediciones SM Madrid, 2001

VÁZQUEZ SÁNCHEZ, MARÍA DE LOS ÁNGELES, CASTRO LÓPEZ, PILAR, CARRIÓN VELASCO, YOLANDA, VALERO CANTERO, INMACULADA, IGLESIAS PARRA, MARÍA ROSA Y REINA CAMPOS, MARÍA DE LOS REMEDIOS. La Prescripción Enfermera: una realidad. Rev. Paraninfo digital. 2008; Año 2(3). Disponible en:) <http://www.index-f.com/para/n10/p071.php> { Consultado el 12 de Nov. de 2009)

VELA SÁNCHEZ, LOURDES; MORENO CASTRO, FRANCISCO; LAMAS CARRERA, JUAN. Atención a pacientes anticoagulados en Atención Primaria. El usuario opina. Rev. Paraninfo Digital, 2008; 3. Disponible en: <<http://www.index-f.com/para/n3/p201.php>> Consultado el 13 junio de 2012

VÉLEZ ÁLVAREZ CONSUELO, JOSÉ HOOVER VANEGAS GARCÍA. El cuidado en enfermería, perspectiva fenomenológica .Hacia la Promoción de la Salud, Volumen 16, No.2, julio - diciembre 2011, págs. 175 – 189

VIA CLAVERO, G; SANJUÁN NAVÁIS, M; MARTÍNEZ MESAS, M; PENA ALFARO, M; UTRILLA ANTOLÍN, C; ZARRAGOIKOETXEA JÁUREGUI, I Identidad de género y cuidados intensivos: influencia de la masculinidad y la feminidad en la percepción de los cuidados enfermeros *Enferm Intensiva* 2010; 21(3):104-112

VICENTE PERALTA, LI; BONIL DE LAS NIEVES, C; MONTERO VEGAS, R; SAUTOHO NAPA, S; RODRÍGUEZ ESPEJO, A; GARCÍA GÁLVEZ, M. Informe de continuidad de cuidados una herramienta para la mejora de la comunicación entre Atención Especializada y Atención Primaria *Evidencia* 2006; 3(7)

VILLAREJO AGUILAR, LUIS; PANCORBO-HIDALGO, PEDRO .Los Diagnósticos de enfermería, resultados e intervenciones identificadas en pacientes ancianos pluripatológicos tras el alta hospitalaria. *Gerokomos* 2011; 22(4):152-162

VILLARES JE, RUIZ A, LÓPEZ MP, SAINZ R. La satisfacción profesional en el equipo de Atención Primaria: oportunidades de mejora. *Cuadernos de Gestión* 2000; 6: 60-7.

VILLELA RODRÍGUEZ, ESTHER .La profesionalización de la Enfermería en España y México: vivencias desde una perspectiva de género. *Rev Paraninfo Digital* 2009 III (7) Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n7/046p.php>(Consultado 24 de Abril de 2013)

VILLELA RODRÍGUEZ, ESTHER. GÉNERO, Poder/Saber; su Impacto en la Profesión de Enfermería. *Desarrollo Científico Enfermero .Mex.* 2010; 18(10). Disponible en: <http://www.index-f.com/dce/18/18-403.php>(Consultado el 20 de Abril de 2012)

WALDOW VERA REGINA. *Cuidar expresión Humanizadora* .Ed. Palabra Ediciones. México DF. 2008.

WALDOW VERA, REGINA. *Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem*. Petrópolis (RJ): Vozes, 2010.

WALDOW, VERA REGINA. Cuidado Humano o rescate necessário, Sagra-lazzato, Porto Alegre. Waldow, Vera Regina. *Cuidado integral: Cuidando de si, Del outro, del todo*. *Rev. Paraninfo Digital*, 2012; 15. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n15/002po.php>(Consultado El 1 de Abril de 2013)

WALDOW, VERA REGINA. Nuevas ideas sobre El cuidado [Atualização do cuidar] *Aquichán* 2008; 8(1): 85-96

WALDOW, VERA REGINA. O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Petrópolis (RJ): Vozes, 2004.

WALDOW, VERA REGINA. Una experiência vivida por una cuidadora, como paciente, utilizando à narrativa literária. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, 2011 Out-Dez; 20(4): 825-33.

WALDOW, VERA REGINA; BORGES ROSÁLIA, FIGUEIRÓ. Cuidar e humanizar: relações e significados. *Acta Paul. Enferm.* [Serial on the Internet].2011 [cited 2012 Feb 07]; 24(3):414-418. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000300017&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000300017>. Consultado 10-5-2012

WALDOW, VERA REGINA. Mecanismos de opressão: uma questão de gênero. *Cogitare Enferm. Curitiba*, v. 1 n. 2, p. 64-69 - Jul. /dic. 1996.

WALTERS JA, COURTNEY-PRATT H, CAMERON-TUCKER H, NELSON M, ROBINSON A, SCOTT J, TURNER P, WALTERS EH, WOOD-BAKER R. Engaging general practice nurses in chronic disease self-management support in Australia: insights from a controlled trial in chronic obstructive pulmonary disease. *Aust J Prim Health*. 2012; 18(1):74-9.

WATSON, JEAN. *Nursing: the Philosophy and Science of caring*. Boston: Little Brown and Company; 1979. PP. 320.

Watson, Jean .Teoría del cuidado Humano Disponible en: <http://www.uchsc.edu/nursin/caring>. (Consultado el 12 Nov. 2012)

World Health Organization. *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Ottawa (CA): WHO; 1986.

XÍMENES NETO, FR; MELO, J R. Control de la hipertensión arterial en atención primaria de salud. Un análisis de las prácticas del enfermero. *Enferm Global Esp-* 2005; 6. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/506>.(Consultado el 1 de Abril de 2013)

ZABALEGUI YÁRNOZ, A ET AL. La Enfermería y el cuidado comunitario. *Metas de Enferm* Nov. 2005; 8(9): 8-12.

ZAMORA SÁNCHEZ, JUAN JOSÉ; MARTÍNEZ LUQUE, ROSA; PUIG GIRBAO, NURIA; LLADÓ BLANCH, MAGDA; QUÍLEZ CASTILLO, FRANCISCO Programa de continuidad de cuidados al alta en una unidad de hospitalización a domicilio *Metas Enferm* 2009 abr. 12(3):23-30

ZAMORANO PAVÓN, CAROLINA. Identidad profesional en enfermería: un reto personal y profesional. *Rev. Investigación y Educación en Enfermería* 2008; Vol. XXVI (2). *Investiga y Educación en Enfermería*2, septiembre, 2008

ZAPATA SAMPEDRO, MA; MATUTE CABALLERO, MN; COBOS BOZA, Cuidados a personas con discapacidad severa. Caso clínico. *Enferm* | 2007 ;(10): Disponible en: <http://www.um.es/ojs/index.php/eglobal/article/viewFile/248/235>(Consultado el 12 de Nov. de 2010)

ZORNOZA VILLAGARCÍA, MARTA; DÍAZ DE RADA TURUMBAY, EVA. ¿Conoce la comunidad el alcance de los conocimientos de los profesionales de enfermería? *Pulso* 2010; 61:22-25.

VII.2. Bibliografía Fuentes

ALBA ROSALES, ADORACIÓN; RAMIRO TORRES, CARMEN; ÁLVAREZ RODRÍGUEZ, INMACULADA; OSORIO PEÑA, ANA BELÉN; RUIZ ROLDAN, ESTHER; JIMÉNEZ, M^a LUISA Registros enfermeros en Atención Primaria. Informe de Continuidad de Cuidados Evidentia 2006; Año 3(7) Disponible en: Resumen de Comunicaciones. IV congreso ASANEC. Asociación andaluza de enfermería comunitaria. Atención a la dependencia en el espacio comunitario. Evidentia 2006 Ene-Feb; 3(7). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/216-1articulo.php> [ISSN: 1697-638X]. (Consultado el 3 de Nov. de 2010)

ALBA SÁNCHEZ, FÁTIMA; ARANDA RODRÍGUEZ, CYNTHIA; BERMÚDEZ ROMÁN, MARÍA DEL ROCÍO; CAMACHO VAZ, JONATHAN; CORENTO VÁZQUEZ, MANUELA; DELGADO SALGUERO, YOLANDA .Prevalencia del riesgo de soledad en personas mayores de 65 años. Resumen de Comunicaciones. IV congreso ASANEC. Asociación andaluza de enfermería comunitaria. Atención a la dependencia en el espacio comunitario. Evidentia 2006 ene-feb.; 3(7). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/216-1articulo.php> [ISSN: 1697-638X]. (Consultado el 10 Nov. de 2010)

ABALIA CAMINO, INMACULADA, GARCÍA LANDA, MERCEDES, FEITO FERNANDEZ-CAPALLEJA, M^a TERESA, SÁNCHEZ FERNÁNDEZ, CLARA Y SÁNCHEZ MATA, ÁNGEL. Perfil socioeconómico y calidad de vida de mujeres de 40-60 años en una muestra de la Comarca Uribe Kosta. Enferm Comunitaria (Gran). 2006. 2.(1.) Disponible en: <http://www.index-f.com/comunitaria/v2n1/a30-37.php> (Consultado el 10 de Feb. de 2013)

ADALID ORTEGA, ALEJANDRA; GARCÍA GARCÍA, MARÍA BELÉN; ALARCÓN LEIVA, MARÍA DEL CARMEN Superando barreras de comunicación Rev. Paraninfo Digital 2008 Año 2(3). Disponible en: url: <http://www.index-f.com/para/n3/p046.php> (Consultado el: 18 de Nov. de 2010)

ALCÁNTARA GONZÁLEZ, MIGUEL ÁNGEL; BREA RUIZ, M^a TERESA; FLORES GÓMEZ, JULIÁN; ORTIZ CASTRO, ROSARIO; LÓPEZ LÓPEZ, BEGOÑA Intervención de la Enfermera Comunitaria de Enlace (ECE) en las ZBS de Bermejales y Bellavista (Sevilla) durante el Plan de Prevención de la Ola de calor de 2004 Resumen de Póster. IV congreso ASANEC. Asociación andaluza de enfermería comunitaria. Atención a la dependencia en el espacio comunitario. Evidentia 2006 ene-feb.; 3(7). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/216-2articulo.php> [ISSN: 1697-638X]. (Consultado el 12 de Nov. de 2012)

ALFARO-LARA, EVA ROCÍO; PALMA-MORGADO, DANIEL; HEVIA-ÁLVAREZ, ELENA; CARABALLO-CAMACHO, MARÍA DE LA O; FERRER LÓPEZ, INGRID; DOMÍNGUEZ-CAMACHO, JUAN CARLOS; DESONGLES-CORRALES, TRINIDAD. Estudio sobre la utilización y adecuación de absorbentes para la incontinencia urinaria en un distrito de atención primaria Enferm Clínica 2011; 21(6):320-326

ALONSO CARDO, LAURA. Proceso de cuidados en Atención Primaria. Una experiencia de aprendizaje. Educare21 -Esp- 2006 nov. (30) Disponible en: http://www.enfermeria21.com/educare/secciones/aprendiendo/detalle_index.php?Mg%3D%3D&MTlw&Mjc%3D&MTkyMA%3D%3D .(Consultado el: 3 de Febrero de 2013)

ALONSO VILLAR, PABLO; PUIME MIGUEZ, MARÍA. Modelos de intervención comunitaria: El equipo de continuidad de cuidados de Vigo. Presencia. 2009 jul.-dic. 5(10). Disponible en: [http](http://www.presencia.com) el 15 de Nov. De 2009)

ÁLVAREZ GONZÁLEZ, R., CULLELL PARES, M., DE FRUTOS GALLEGOS, E., FABRETAT CASAMITJANA, M., & RAMÍREZ LLARAS, A. Envejecimiento y Soledad. Enfermería Global, .2009;17 (1)

ALVAREZ RODRÍGUEZ, INMACULADA, PEGALAJAR GARRIDO, ALBERTO, GARCÍA MÁRQUEZ, MARÍA DOLORES Y LÓPEZ MÁRQUEZ, ANA. De la teoría a la práctica en el rol de enfermera de familia: "Una mirada crítica". Rev. Paraninfo digital. 2008; Año 2(3). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/p045.php> (Consultado el: 12 de Dic. de 2010)

ÁLVAREZ RODRÍGUEZ, INMACULADA. Enfermera Comunitaria de Enlace: Grado de conocimiento en la población. Resumen de Póster. IV congreso ASANEC. Asociación andaluza de enfermería comunitaria. Atención a la dependencia en el espacio comunitario. Evidentia 2006 ene-feb.; 3(7). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/216-2articulo.php> [ISSN: 1697-638X]. (Consultado el 12 de Nov. de 2012) Álvarez Rodríguez, Marifé; Burrell Riu, Nuria, Cujo López, Eva, Berlanga Fernández, Sofía, Pardo Escudero, Irene y Escudero Hernández, M. Mercedes. Programa Salud y Escuela, nuestra experiencia. Rev. Paraninfo Digital. 2008; II (5). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n5/p010.php> (Consultado el 13 de Nov.2009)

AMEZCUA, MANUEL; BONILL DE LAS NIEVES, CANDELA; HUESO MONTORO, CÉSAR. El cuidado del paciente inmigrante: líneas emergentes de investigación en Andalucía. *Enfermería Comunitaria (Rev. digital)* 2009, 5(2). Disponible en </comunitaria/v5n2/ec8009.php> (Consultado el : 13 d Junio de 2012)

AMUNDARAIN LEJARZA MM. Una sonrisa especial. *Arch Memoria [En línea]* 2008; (5 fasc. 1). Disponible en <http://www.index-f.com/memoria/5/n10801.php> (Consultado el 13 de Junio de 2012.)

ANDRÉS CARREIRA, JOSÉ M^ª; CIRILLO IBARGÜEN, SORAYA; ORTIZ OTERO, MARINA ROSA. Estudio transversal para la evaluación del Estado Nutricional en una consulta de Enfermería de Pediatría de Atención Primaria según los nuevos criterios de la OMS *Nuberos Científica* 2011; 1(4):12-22 Disponible en: http://www.enfermeriacantabria.com/web_enfermeriacantabria/docs/NC_4.pdf (Consultado el 12 de Nov. de 2011.)

ARANA ÁLVAREZ RAQUEL, MARTÍN MARTÍN ELENA, MOLÍNS Infante Patricia, Muñoz Polonio Rosa María, Orta Sosa Eloísa María, Carmen Soto Márquez. Cansancio del rol de cuidador en personas con familiares que tienen enfermedades incapacitantes Resumen de Comunicaciones. IV congreso ASANEC. Asociación andaluza de enfermería comunitaria. Atención a la dependencia en el espacio comunitario. *Evidentia* 2006 ene-feb.; 3(7). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/216-1articulo.php> [ISSN: 1697-638X]. (Consultado el 10 de Nov. de 2009)

ARANCÓN CARNICERO, CARMEN. Enfermera escolar «dextra» enfermera comunitaria *Rev. ROL Enferm-* 2010; 33(1):28-29

ARANGO ORTEGA JUANA M^ª, ARIAS JIMÉNEZ JUAN CARLOS, RODRÍGUEZ BARQUERO M^ª JOSÉ, JIMÉNEZ BLÁZQUEZ CAROLINA, GÓMEZ LEBRÓN JOSEFA, A NAVA DEL VAL ANTONIA. El Modelo Isdabe puede ser una herramienta utilizable en las estrategias de trabajo de las ECEs Resumen de Comunicaciones. IV congreso ASANEC. Asociación andaluza de enfermería comunitaria. Atención a la dependencia en el espacio comunitario. *Evidentia* 2006; 3(7). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/216-1articulo.php> [ISSN: 1697-638X]. (Consultado el 10 de Feb. 2009)

ARBOLEDAS BELLÓN, JOSEFA. Dolor y depresión: estrategias de mejora en atención primaria. Caso clínico. *Rev. ROL Enferm.* 2009 Jun.; 32(6):55-60.

ARRIAGA PIÑEIRO, ESPERANZA Y MARTÍNEZ RIERA, JOSÉ RAMÓN. Las enfermeras y el anteproyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Retos y oportunidades. *Índex Enferm (Gran)*. 2006; Año XV (54):35-38.

ARRIBAS CACHA, ANTONIO; GASCO GONZÁLEZ, SARA; HERNÁNDEZ PASCUAL, MONTSERRAT; MUÑOZ BORREDA, ESTER .Papel de Enfermería en Atención Primaria. *Biblioteca Lascasas* 2009; 5(3) Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0434.php>(Consultado 13 de Nov. de 2010)

ASIÁN CORDERO, ALICIA; PONCE GONZÁLEZ, JOSÉ M^ª; LÓPEZ RODRÍGUEZ, LUIS; BELLIDO MORENO, M^ª LUZ; CORTÉS REYES, INMACULADA; DOMÍNGUEZ GÓMEZ, ROSARIO. Descripción de los problemas de eliminación urinaria de la población dependiente y sus cuidadoras de un centro de salud a través de los diagnósticos NANDA *Evidentia* 2006 Año 3(7) <http://www.index-f.com/evidentia/n7/216-2articulo.php> (Consultado el 10 de Febrero de 2013)

BACIGALUPE PÉREZ, PALOMA Historia de la Asistencia Primaria en Haro (La Rioja) *Educare21 -Esp-* 2010; 62

BALLESTER RUBIO M, BORRÁS ESPAÑOL L, CORBALÁN CARRILLO G, HERNANDEZ VIAN B, PAUL GARCERAN G, PÉREZ RODRIGUEZ J. Perfil de salud y diagnósticos de enfermería en la población de atención domiciliaria del Área Básica de Salud de Castellar del Vallès. *NURE Inv.* 2008; 5 (32). Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es> (Consultado el 10 de Nov. de 2009)

BARAZA CANO MP, LAFUENTE ROBLES N, GRANADOS ALBA A. Identificación de Diagnósticos Enfermeros en población inmigrante en el Distrito Poniente de Almería. *Enferm Comun* 2005; 1(1). Disponible en <http://www.index-f.com/comunitaria/1revista/1_articulo_18-23.php> (Consultado el 12-11-09)

BARRIO CANTALEJO, INÉS MARÍA, SIMÓN LORDA, PABLO, CARMONA REGA, INÉS, ESCALONA LABELLA, ISABEL, MOLINA RUIZ, ADORACIÓN Y AYUDARTE LARIOS, MARÍA LUISA. Opinión de los pacientes sobre la legibilidad de los folletos de Educación para la Salud. *Índex Enferm.* 2008; 17(4):236-240.

BARRIOS TORRES, R. Módulo de metodología enfermera en Drago-AP. *Rev. ENE Enferm*, 2008; 2(41-51)

BATRES SICILIA JUAN PEDRO. De la precisión de cuidados a los cuidados imprescindibles. Las enfermeras gestoras de casos en Andalucía: La enfermera comunitaria de enlace Rev. Admr. Sanit. 2009; 7(2):313-22

BEATRIZ MARÍN VALLEJO, JOSÉ MANUEL CUESTA TORO, CAROLINA RUIZ TOLEDO, ROBERTO GONZÁLEZ HIDALGO, PATRICIA MORALES GALÁN, ANA CALLES MOLINA .Personalización: Opinan las Enfermeras después de dos años Resumen de Comunicaciones. IV congreso ASANEC. Asociación andaluza de enfermería comunitaria. Atención a la dependencia en el espacio comunitario. Evidentia 2006 ene-feb.; 3(7). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/216-1articulo.php> [ISSN: 1697-638X]. (Consultado el 10 de Nov. de 2009)

BENEDIT FERNÁNDEZ, JULIA; EGOZCUE MEDIAVILLA, DOLORES JULIA; AGUA TORRES, AMAYA; ARRIAZA LABORDE, EVA; SALVADOR IÑIGO, CARMEN Evaluación del seguimiento de los pacientes con anticoagulación oral desde Atención Primaria. Pulso 2011; 67:38-42 Disponible en : http://www.enfermerianavarra.com/fileadmin/documentos/revista/Pulso_67.pdf (Consultado el 19 de Nov. de 2010)

BENNASAR VENY, MIGUEL, GONZÁLEZ TORRENTE, SUSANA Y PERICAS BELTRAN, JORDI. Diseño de un programa de educación para la salud en adolescentes: consulta joven de enfermería en Atención Primaria. Rev. Presencia. 2007; 3(6). Disponible en: <http://www.index-f.com/presencia/n6/74articulo.php> (Consultado el :12 de Nov. de 2010)

BENNASAR, MIGUEL, GONZÁLEZ, SUSANA, PERICÀS, JORDI Y DE PEDRO GÓMEZ, JOAN E. Encuesta de satisfacción acerca de una intervención enfermera comunitaria en un IES. Rev. Paraninfo Digital. 2007; Año 1(2) Disponible en: <<http://www.index-f.com/para/n2/036.php>>. (Consultado el 20 de Nov. de 2010)

BERMÚDEZ ROMÁN, OLGA; MORENO RUIZ, LUIS. La motivación Como facilitadora de la excelencia: El trabajo por objetivos. Tesela [Rev. Tesela] 2009; 5. Disponible en </[tesela/ts5/ts6755.php](http://www.tesela.com/tesela/ts5/ts6755.php) (Consultado el 13 de Nov. de 2010)

BESORA TORRADEFLOT INCA. Diagnósticos enfermeros estandarizados: guía para la práctica clínica en Atención Primaria. Metas de Enferm, 2008; 11(3), 21-26.

BLÁZQUEZ RODRÍGUEZ, MARIBEL. Democratizar la atención en salud. Índex Enferm- 2010; 19(2-3):136-137 Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v19n2-3/2310.php> (Consultado el: 13 de Nov. de 2010)

BOATELLA CUMPIÁN, LUIS; IZQUIERDO CARRASCO, JUAN MIGUEL COORD. GUÍA. Almería Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria 2010

BORRAS SANTOS A, MARTÍN ROYO J, CONTEL SEGURA JC, CAMPRUBI CASELLAS D, CEGRI LOMBARDO F, GONZÁLEZ MARTÍNEZ S. La atención domiciliar en Cataluña: Una actividad más 'reactiva' que preventiva. Rev. Paraninfo Digital, 2007; 2. 2 Disponible en: <<http://www.index-f.com/para/n2/021.php> (Consultado el 10 de Nov. de 2009)

BOZA REPOSO CONCEPCIÓN, GILBERT GÁLVEZ ISABEL, GÓMEZ RODRÍGUEZ SUSANA, MORALES ROSA Mª ROSA, MÁRQUEZ PERERA SEBASTIÁN, GALÁN SÁNCHEZ JUAN. Evaluación del programa de descentralización del tratamiento anticoagulante oral (TAO) Resumen de Comunicaciones. IV congreso ASANEC. Asociación andaluza de enfermería comunitaria. Atención a la dependencia en el espacio comunitario. Evidentia 2006; 3(7). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/216-1articulo.php> [ISSN: 1697-638X].(Consultado el 12 de Nov. de 2009)

BRITO BRITO, PEDRO RUYMÁN Y SICILIA SÁNCHEZ, RODOLFO. Registro de casos de exitos en las historias de salud de atención primaria. Tánatos. 2005; (7):30-34.

BRITO BRITO, P. R. El proceso enfermero en atención primaria I. Rev. ENE Enferm 2007; |(1):17-26 Disponible en: <http://enfermeros.org/revista> (Consultado el: 13 de Nov. de 2012)

BRITO BRITO, P. R. El proceso enfermero en atención primaria (II): diagnóstico. Rev. ENE Enferm. .2008, 2(8-18.) Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/184> (Consultado el 12 de Nov. de 2013)

BRITO BRITO, P. R. Proceso enfermero en AP IV. Rev. ENE Enferm 2008; 4:6-12 Disponible en: <http://enfermeros.org/revista.>(Consultado el 12 de Nov. de 2013)

BRITO BRITO Diagnósticos enfermeros priorizados en atención primaria. *Enfermería Global*, 2009 (16) Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/66221> (Consultado el 12 de Nov. de 2010)

BRITO BRITO, PEDRO RUYMÁN, El Proceso Enfermero en Atención Primaria (V): Evaluación .Rev. *ENE Enferm.*2009, 3(1), 42-51 Disponible en: <http://enfermeros.org/revista> (Consultado el 12 de Nov. de 2010)

BRITO BRITO, PEDRO RUYMÁN, RODRÍGUEZ ÁLVARO, MARTÍN Y TOLEDO ROSWELL, CRISTINA. Problemas NANDA del dominio psicosocial más frecuentes en atención primaria. *Rev. ENE Enferm.*(2009.; 3(1), 42-51

BRITO BRITO, PR; DE ARMAS FELIPE, JM; CRESPO-GÓMEZ, A; AGUIRRE JAIME, A Factores asociados al incremento en el uso de la metodología enfermera en Atención Primaria. *Enferm* 2011; 10(24):189-199 Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/137451/124771>.(Consultado el 13 de Nov. de 2010)

CABALLERO ARROYO, MARCIAL; DE CRISTINO ESPINAR, MARISOL; CAMACHO BUENOSVINOS, AMELIA; MUÑOZ ALONSO, ADORACIÓN; PASTOR LÓPEZ, ÁNGELES; LUNA MORENO, M^a CARMEN. Mejora en la seguridad del paciente en los avisos domiciliarios programados los domingos y festivos. *Rev. Paraninfo Digital*, 2008; 5. Disponible en: <<http://www.index-f.com/para/n5/p133.php>> (Consultado el 12 de Nov. de 2009)

CABAÑERO MARTÍNEZ, M JOSÉ; MUÑOZ MENDOZA, CARMEN LUZ; RICHARD MARTÍNEZ, MIGUEL; CABRERO GARCÍA, JULIO. Revisión de los atributos de las medidas de resultados de salud basados en el paciente *Enferm Clínica* 2008;18(2):84-90

CÁMARA ANGUITA, S., & VALENZUELA RODRÍGUEZ, A. J Continuidad de cuidados y Comunicación interniveles entre equipos de emergencias sanitarias y atención primaria. *Enferm urgencias*. 2008. Disponible en: www.enferurgs.com.(Consultado el 12-11-09.)

CAMPOS GÓMEZ, MANUEL ALEJANDRO; BARROSO VÁZQUEZ, ROSARIO; GUTIÉRREZ NIETO, AURORA; ESPALLARGAS MOYA, CARMEN; LÓPEZ-OBREGÓN SILVESTRE, ANA; ÁLVAREZ FRANCO, DOLORES. Taller para la prevención de complicaciones en el pie diabético en atención primaria *Hygia de Enfermería* 2011.XVII (76):42-46.Disponible en: <http://www.colegioenfermeriasevilla.es/Publicaciones/Hygia/Hygia76.pdf> .(Consultado el 13 de Nov. de 2009)

CAMPOS RICO, A; ELVIRA CUEVAS, A; REY BECERRA, Y; ZAFRA LUQUE, Vivir la sexualidad con esclerosis múltiple y vejiga neurógena: a propósito de un caso *Enfuro* 2011; 120:23-26 Disponible en: <http://www.enfuro.es/revistas.html> (Consultado el 12 de Dic. de 2010)

CAPILLA DÍAZ, CONCEPCIÓN. Sistematización del Trabajo enfermero [Varios autores. Manual de metodología de trabajo enfermero en Atención Primaria. Asociación de Enfermería Comunitaria de Cantabria. Barcelona, 2003, 103págs]. *Índex Enferm (Gran)*. 2005 XIV.(50:), 79-80. .Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/50revista/5447.php> .Consultado el 20 de dic. de 2012)

CARMONA SIMARRO, JOSÉ VICENTE; ROMERO GÓMEZ, FJ; TIRADO DARDER, JJ; FERNÁNDEZ TORVISCO, ERNESTO; CANTÓ NAGORE, MARÍA; GÓMEZ MATEO, EMMA Y ORTIZ SÁNCHEZ, AMPARO. Educación para la salud. El consumo de alcohol por los adolescentes: el botellón. *Enferm Integral*. 2009 jun.; 86:8-11.

CARRERA GARCÍA, E, ÁVILA FERNÁNDEZ, R, GALERA DE ULIERTE, L, JARA CARRASCOSA, JM, PIEDRA LARA, JD Y ROBLEDILLO ROSA, A. Propuesta del programa para el soporte desde atención primaria del duelo perinatal a la madre y la familia. En: Carmona Samper, Esther y Fernández Sola, Cayetano. III Congreso Nacional de Enfermería del Mediterráneo. Nacimiento y muerte. Reflexiones y cuidados (Almería, 15, 16 y 17 de Noviembre 2007). Almería: Departamento de Enfermería y Fisioterapia, Universidad de Almería, 2007. Comunicación. CAJA 30, Nº 19 [CD-ROM].

CASADO DEL OLMO, MARÍA ISABEL, FERNÁNDEZ ARAQUE, ANA MARÍA Y SANTA CLOTILDE JIMÉNEZ, ELENA. Calidad de vida en mujeres mayores de 65 años que acuden habitualmente al centro de salud (Z.B.S. Valladolid). *Biblioteca Lascasas*. 2007; 3 (1). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0211.php> (Consultado el 10 de Feb.de2013)

CASALS RIERA, RAMÓN. Entrevista terapéutica. Comunicación interpersonal. counseling. En: Duarte Climents, Gonzalo, Gómez Salgado, Juan y Sánchez Gómez, María Begoña. *Fundamentos Teóricos De La Enfermería Comunitaria*. *Enfermería Comunitaria I*. Primera. Madrid: Fundación Para El Desarrollo De La Enfermería (FUDEN, Capítulo. 2A-FUN-2007., PP. 369-392.

CASANOVA CARRILLO, CARLOS Y CASANOVA CARRILLO, PEDRO. El control comunitario de los pacientes con el VIH. Papel e importancia de la labor de enfermería. *Índex Enferm (Gran)*. 2006 invierno; Año XV (55):34-37. Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/55/6144.php> (Consultado el: 10 Nov. de 2010)

CAUSSIGNAC QUEROL M, COMAS I PICAÑOL A, LÓPEZ MÉNDEZ MI. Intervención en el estreñimiento en Atención Primaria de Salud. *Metas de Enferm* 2006; 9(7): 23-26.

CELDRÁN MAÑAS, MIRIAM. Efectividad de la Atención domiciliaria preventiva en adultos mayores. *Evidentia* 2005; 2(5). Disponible en <http://www.index-f.com/evidentia/n5/110articulo.php> .(Consultado el 10 de Nov. de 2009)

CERÓN MÁRQUEZ, V. J. Intervención enfermera frente al tabaquismo. *Metas De Enfermería* 2006; 9: 27-32.

CERRILLO PATIÑO, JOSÉ RODRIGO. ¿Es eficaz un programa de educación grupal estructurado en pacientes con diabetes Mellitus tipo 2 realizado por enfermeras para aumentar los conocimientos sobre su enfermedad y mejorar el control metabólico? *Evidentia* 2006; 3(12) Disponible en : <http://www.index-f.com/evidentia/n12/272articulo.php> (Consultado el 20 de Nov. de 2010)

CERRILLO PATIÑO, JOSÉ RODRIGO. ¿Tiene efectos positivos la educación para la salud grupal de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, hecha por enfermeras y enfermeros? *Evidentia*. 2006; Año 3(12). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n12/273articulo.php> (Consultado el 12 de Nov. .de 2009)

CERRILLO PATIÑO, JOSÉ RODRIGO. Estudio DREAM3: eficacia del tratamiento farmacológico de la hipertensión realizado por enfermeras domiciliarias frente a médicos [Tobe S W, Pylpynchuk G, Wentworth J, Kiss A, Szalai J P, Perkins N, Hartman S, Ironstand L & HOPPE J. Effect of nurse-directed hypertension treatment among First Nations people with existing hypertension and diabetes Mellitus: the Diabetes Risk Evaluation and Micro albuminuria (DREAM 3) randomized controlled trial. *CMAJ* 2006; 174(9)]. *Evidentia*. 2007; Año 4(16). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n16/351articulo.php>.(Consultado el 13 de Nov. de 2010.)

CERRILLO PATIÑO, JOSÉ RODRIGO. La educación grupal a pacientes diabéticos tipo 2 mejora los conocimientos de la enfermedad, el control metabólico y factores de riesgo cardiovascular [Dalmau Llorca MR, García Bernal G, Aguilar Martín C y Palau Galindo A. Educación grupal frente a individual en pacientes diabéticos tipo 2. *Aten Primaria* 2003; 32(1):36-41.]. *Evidentia*. 2006; Año 3(12) disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n12/271articulo.php>(Consultado el 12 de Nov. de 2009).

CHAVERRI, CARMEN; LORDÁN, M^a GORETTI; AGUERRI, M^a ANGEL; CALDERÓN, PILAR; MANCHÚS, ANA. Abordaje de las úlceras infectadas: Evolución Histórica. *Rev. Paraninfo Digital* 2008; II (5) Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n5/p108.php> . (Consultado el 13 de Nov. de 2009)

CHORÉN FREIRE, M. JESÚS, CAMPO VÁZQUEZ, FELICITAS, DÍAZ ORTIZ, M^ª ÁNGELES, CAMPO VÁZQUEZ, CONCEPCIÓN Y CASCÓN GARCÍA, MIGUEL. Modifican los estilos de vida no saludables? *Evidentia*. III Reunión sobre Enfermería basada en la Evidencia. Cuando las Evidencias cambian la Práctica de los Cuidados. *Evidentia* 2005; 2(4). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n4/90articulo.php> [ISSN: 1697-638X]. (Consultado el 20 de Dic. de 2010)

CHORÉN FREIRE, M^a JESÚS, CAMPO VÁZQUEZ, FELICITAS, DÍAZ ORTIZ, M^a ÁNGELES, CAMPO VÁZQUEZ, CONCEPCIÓN Y CASCÓN GARCÍA, MIGUEL. Gestión informática del cuidado: una herramienta de trabajo para Atención Primaria denominada e-. *Evidentia*. 2005 ., Año 2(5).) Disponible: <http://www.index-f.com/evidentia/n5/117articulo.php> (Consultado el: 13 de Nov. de 2010)

CHORÉN FREIRE, M^ª JESÚS, CAMPO VÁZQUEZ, FELICITAS, DÍAZ ORTIZ, M ÁNGELES, CAMPO VÁZQUEZ, CONCEPCIÓN Y CASCÓN GARCÍA, MIGUEL. Cómo influye el consejo dietético? *Evidentia*. 2005; Año 2(4). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n4/90articulo.php> [ISSN: 1697-638X].(Consultado el 20 de Dic. de 2010)

CHORÉN FREIRE, M^ª JESÚS, CAMPO VÁZQUEZ, FELICITAS, DÍAZ ORTIZ, M^ª ÁNGELES, CAMPO VÁZQUEZ, CONCEPCIÓN Y CASCÓN GARCÍA, MIGUEL. Nuestra herramienta de trabajo. *Evidentia*. 2005 ene-abr.; Año 2(4). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n5/117articulo.php>(consultado el: 13 de Nov. de 2010)

CHORÉN FREIRE, M^ª JESÚS, CAMPO VÁZQUEZ, FELICITAS, DÍAZ ORTIZ, M^ª ÁNGELES, CAMPO VÁZQUEZ, CONCEPCIÓN Y CASCÓN GARCÍA, MIGUEL. Valoración del paciente del control del Sintrom en su centro de salud. *Evidentia*. 2005; Año 2(4). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n4/90articulo.php> (Consultado el: 9 de Nov. de 2009)

CID CALO, GEMA, GÓMEZ MORALES, LUISA, PORRAS MORALES, TERESA, ANTÓN CALVO, M JESÚS, VÁZQUEZ HERNÁNDEZ, M DOLORES Y BUEDO HORTELANO, BRENDA. ¿Cómo perciben su salud los inmigrantes de Toledo? *Enferm Comunitaria (Gran)*. 2005; 1(1). Disponible en: http://www.index-f.com/comunitaria/1revista/1_articulo_24-28.php . Consultado el: 9 de Nov. de 2009

CID GONZÁLEZ, MANUEL CARLOS, ALCÓN JIMÉNEZ, CASTILLO Y CARABALLO PEREA, ANA BELÉN. ¿Cómo investiga un enfermero de atención primaria? *Cuid y Educ*. 2006 may; (XI):14-17.

CIFUENTES FRANCISCO, F; Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. Informe sobre IV Congreso del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo y conclusiones. Biblioteca Lascasas, 2006; 2. Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0097hp> (Consultado el 13 de Nov. de 2010)

COMINERO BELDA, ALICIA Y VELÁZQUEZ SALAS, ANTONIO. Variabilidad de uso y costes de los apósitos especiales para el tratamiento de las heridas crónicas en el Distrito Sanitario Sevilla Sur. *Evidentia*. 2008; Año 5(21). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n21/462articulo.php> [ISSN: 1697-638X]. (Consultado el 20 de Nov. de 2010)

COMINERO BELDA, ALICIA; VELÁZQUEZ SALAS, ANTONIO. Pilotaje del diseño e implementación de la consulta de enfermería a demanda en dos unidades de gestión clínicas. Biblioteca Lascasas, 2009; 5(4). Disponible en :<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0463.php> (Consultado el 14 de Abril de 2011)

CONTEL SEGURA JC. Atención domiciliaria: una reflexión más allá de nuestro modelo de enfermería comunitaria. *Enfermería Comunitaria (Edición digital)* 2005, 1(2). Disponible en <http://www.index-f.com/comunitaria/2/a49-56.php> (Consultado el 12-11.2009)

CORONADO CONTRERAS, I., ESCRIBANO PAZ, B., & EXPÓSITO BARBULLIDO, F. J. Evaluación del proceso de atención enfermera y del uso de diagnósticos de enfermería en el área de salud de Plasencia. *Educare21*, 2007; 45. Disponible en : http://www.enfermeria21.com/educare/secciones/aprendiendo/detalle_index.php?Mg%3D%3D&MTUw&Mjc% (Consultado el : 12 de Nov. de 2010)

CRUZ HIDALGO, ROSA MARÍA; DEVANT ALTIMIR, MERITXELL; FLORENSA REX, GEMMA; PÉREZ GARCÍA, ELISA; SERRATO VILLA, MONTSERRAT; VIDIELLA PIÑOL, INGRID. ¿Nos conocen los usuarios? *Rev. Paraninfo Digital*, 2008; 3. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/p117.php>(Consultado el 13-1-10)

DALFÓ PIBERNAT, ARTUR. Comorbilidad y evaluación cognitivo-funcional en pacientes atdom mayores de 65 años en un consorcio de atención primaria de salud. *AgInf*. 2006; 10(1):921-925.

DE CABO LASO, A, GAMARRA LOUSA, M, MEDIAVILLA MARCOS, ME, GUZMÁN FERNÁNDEZ, MA, SÁNCHEZ GÓMEZ, MB Y DUARTE CLÍMENTS, G. Cambiar hábitos:¿EpS individual o grupal? *Evidentia*. 2009; 6(27). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n27/ev2759.php> (Consultado el 13 de Dic. de 2010)

DE CON REDONDO, JUAN Y MARTÍNEZ CUERVO, FERNANDO. Prevalencia de úlceras por presión en una zona básica de salud. *Gerokomos*. 2009; 20(2):92-97.

DE LA TORRE BARBERO, M^a JOSÉ. Acuerdo de colaboración interniveles: accesibilidad de los pacientes en el domicilio. *Enferm Comunitaria (Gran)*. 2007; 3(1). Disponible en:<http://www.index-f.com/comunitaria/v3n1/ec6581.php>. (Consultado el 12 de Nov. de 2009)

DE PAZ D, GALDEANO N, GARRIDO M, LACIDA M, MARTÍN R, MORALES JM, PÉREZ R, SÁNCHEZ N, TIROL J. Continuidad de cuidados entre atención primaria y atención especializada. Biblioteca Lascasas, 2007; 3(2). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0229.php> (Consultado el 12 de Nov. de 2012)=

DEL SAZ CANDEL, ÓSCAR; CARRETERO ROMÁN, JULIÁN; VALCÁRCEL HERNANZ, MERCEDES; ROJAS ANDRÉS, SERGIO; TRUJILLO, GEMMA; DÍEZ MARTÍNEZ, PAULA. Experiencia de intervención comunitaria enfermera.*Educare21 -Esp*- 2005; 15. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/educare>(Consultado el 14 de Nov. De 2009)

DELGADO AGUILAR, H; PEREDA ARREGUI, E; DELGADO AGUILAR, M. J; VIZCAYA HORNO, G; REMÍREZ SOBÉRBIALA, J. M. Atención primaria e incontinencia urinaria masculina .*Enfuro* 2011; 118:10-12

DELICADO USEROS, MARÍA VICTORIA; ALCARRIA ROZALÉN, ANTONIO; ORTEGA MARTÍNEZ, CARMEN; ALFARO ESPÍN, ANTONIA; GARCÍA ALCARAZ, FRANCISCO; CANDEL PARRA, EDUARDO. Autoestima apoyo familiar y social en cuidadores familiares de personas dependientes. *Metas Enferm-* 2010-2011 13(10):26-32

DÍAZ GRÁVALOS, GABRIEL J, PALMEIRO FERNÁNDEZ, GERARDO, CASADO GÓRRIZ, INMACULADA, ARANDIA GARCÍA, MARGARITA, PORTUBURU IZAGUIRRE, M MAITE Y VÁZQUEZ FERNÁNDEZ, LUIS A. Cumplimiento de los objetivos de control metabólico en diabetes Mellitus en el medio rural de Ourense. *Rev. Esp Salud Pública.* 2006.; 80(1):67-75.

DÍAZ SÁNCHEZ, VERÓNICA. Actividades preventivas a examen: nuevos debates en enfermería comunitaria. *Metas Enferm.* 2005; 8(9):24-28.

DOMÍNGUEZ BONET, LUIS; BOZA REPOSO, CONCHA; TORONJO GÓMEZ, ÁNGELA; LÓPEZ, INMACULADA; AMARO DOS SANTOS, MARGARITA; RAMÍREZ BALAGUERA, ROSA. "Los Informes de las Condiciones de Salud" y la Práctica Profesional Enfermera en Atención Primaria de Salud. *Rev. Paraninfo Digital*, 2008; 3. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/p162.php> (Consultado el 16 de Nov. de 2009)

DOMÍNGUEZ RODRÍGUEZ, M^a CARMEN; TRUJILLO GONZÁLEZ, JOSÉ MIGUEL; GONZÁLEZ MÉNDEZ, TOMÁS. Ulceras por presión; ¿... y ahora, qué apósito utilizo?. *Nure Inv* 2006; 3(22) Disponible en: http://www.nureinvestigacion.es/protocolos_detalle.cfm?ID_PROTOCOLO=73&ID_PROTOCOLO_INI=1 (Consultado el 13 de Nov. De 2009)

DORADO SILES, M^a INMACULADA; ALONSO CUESTA, ROSARIO; HERRERA SUÁREZ, M^a CARMEN; ARAGÓN PUERTAS, MARGARITA; CABRAL HERRERA, PALOMA. La prevención del diagnóstico enfermero. Duelo Disfuncional desde la Atención Primaria. *Rev. Paraninfo Digital*, 2008; 3. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/p089.php> (Consultado el 12 de Nov. de 2012)

DUARTE CLIMENTS, G. "Reflejo en la práctica" Especialidad de Enfermería de Salud Familiar y Comunitaria". Memoria de la Especialidad de Enfermería de Salud Familiar y Comunitaria. Versión 1.1. [Disponible en: http://www.enfermeriacomunitaria.org/documentos/documentos_pp/justif_especialidad.pdf (Consultado el 13 de Feb. de 2013)

ELENAS SINOBAS, PILAR; CARDEÑOSO HERREROS, ROCÍO. La actividad domiciliar de la enfermedad rural. *Nuberos* 2011-2012; 1(5):18-21 Disponible en: http://www.enfermeriacantabria.com/web_enfermeriacantabria/docs/NC-N5.pdf (Consultado el 12 de Nov. de 2010)

ENCISO HIGUERAS, JUAN. Competencias de Enfermería en Atención Primaria de Tenerife. Prescripción Enfermera. *Rev.ENE de Enfermería.* 2011; 5(3):44-51 Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/p089.php> el 12 de Nov. de 2012)

ESCALERA JIMÉNEZ, ALEXANDRA Y MESONERO GRANDES, TERESA. Caso clínico: cansancio en el rol de cuidadora. *Metas Enferm.* 2009 sep.; 12(7):57-62.

ESCUDERO HERNÁNDEZ, M. MERCEDES; ÁLVAREZ RODRÍGUEZ, MARIFÉ; PARDO ESCUDERO, IRENE; AÑAÑOS ARTERO, M. ROSARIO; RODRÍGUEZ LOZANO, BARTOLOMÉ; ARANDA DÍAZ, ANTONIO. Enfermería interviene = Enfermería resuelve. *Rev. Paraninfo Digital*, 2008; 5. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n5/p030.php> (Consultado el 18 de Nov. de 2010)

ESPARZA IMAS, GONZALO; BERRADE ZUBIRI, EDURNE. Formación sobre úlceras de piel. Una actividad demandada por el personal de Enfermería. *Pulso* 2009; 57:44-45 Disponible en: <http://www.enfermerianavarra.org/> (Consultado el 21 de Nov. de 2010)

FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA (FAECAP) Análisis y Propuestas de futuro Para la mejora del Trabajo enfermero en Atención Primaria documento_base_jornadas_faecap_10_05_06. (121k)2006 Disponible en: www.faecap.com/documents/download/39. (Consultado el 20 de Nov. de 2009)

FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA (FAECAP). Posicionamiento de FAECAP ante la Ley del Medicamento. Biblioteca Lascasas 2006; 2 (2). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0172.php> (Consultado el 12 de Nov. de 2009)

FERNÁNDEZ ARAQUE, ANA MARÍA; SANTA CLOTILDE JIMÉNEZ, ELENA Y CASADO DEL OLMO, MARÍA ISABEL. Calidad de vida profesional de los profesionales de enfermería en atención primaria de Soria. Biblioteca Lascasas, 2007; 3(1). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0213.php> (Consultado el 13 de Dic. de 2010)

FERNÁNDEZ COPADO, M. L., ARMIJO SÁNCHEZ, R. M., CASTILLO CANO, J. A., HORNOS HERVÁS, J., IZAGUIRRE SÁNCHEZ, M. L., & SÁNCHEZ RUIZ, M. J. (2006). "Manual de diagnósticos enfermeros más frecuentes en Atención Primaria" como herramienta para la mejora de los cuidados enfermeros en el Distrito Sanitario Jaén Norte. Resumen de Póster. IV congreso ASANEC. Asociación andaluza de enfermería comunitaria. Atención a la dependencia en el espacio comunitario. Evidentia 2006 ene-feb.; 3(7). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/216-2articulo.php> [ISSN: 1697-638X]. (Consultado el 10 de Nov. de 2011)

FERNÁNDEZ HERNÁNDEZ, M. J., & IBÁÑEZ PÉREZ, F. Hábito y actitud respecto al tabaco en enfermería de atención primaria de Bilbao. *Enfermería Clínica* 2005; 15(3), 156-162.

FERNÁNDEZ LAO, ISABEL; SILVANO ARRANZ, AGUSTINA. Perfil, valores y creencias de inmigrantes cuidadores de personas dependientes en domicilio. *Biblioteca Lascasas*, 2010; 6(2). Disponible en <<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0525.php>> (Consultado el 12 de Marzo de 2011)

FERNÁNDEZ N ET AL. Prevalencia de ancianos inmovilizados y factores asociados en el área 5 de la Comunidad de Madrid. *Metas de Enferm.* 2007; 10(1): 50-54

FERNÁNDEZ SÁIZ, BELÉN. Protocolo de atención a patología aguda desde enfermería en Atención Primaria. *Nuberos* 2011; 1(4):56-60 Disponible en I: http://www.enfermeriacantabria.com/web_enfermeriacantabria/docs/NC_4.pdf (Consultado el 18 de Nov. de 2012)

FERNÁNDEZ URRUSUNO, ROCÍO, GAVILÁN LARA, ANA, ESPINOSA BOSCH, MARÍA, CRUCES JIMÉNEZ, JOSÉ MIGUEL, BELTRÁN CALVO, CARMEN Y MONTERO BALOSA, M^a CARMEN. Errores vacunales y situaciones que pueden conducir a errores en Atención Primaria de salud. *Metas Enferm.* 2009 sep; 12(7): 28-32.

FERRÉ GRAU, CARME; RODERO SÁNCHEZ, VIRTUDES; VIVES RELATS, CARME; CID BUERA, DOLORS; APARICIO CASALS, M^a ROSA; BOQUE CAVALLÉ, MONTSE. La complejidad de los cuidados familiares. Una mirada desde la Teoría de la Incertidumbre. *Enfermería Comunitaria (Rev. digital)* 2010, 6(1). Disponible en <http://www.index-f.com/comunitaria/v6n1/ec7116.php>(Consultado el 12 de Marzo de 2011)

FERRER ARNEADO, C. & SARRIÓN BRAVO JA. Metodología para la elaboración y estabilización de los procesos de gestión del responsable de enfermería de un equipo de atención primaria. *Tesela [Rev. Tesela]* 2007,1 Disponible en: <http://www.index-f.com/tesela/ts1/ts6389.php> (Consultado el 10 DE Nov. DE 2009)

FERRERA, MA; CHACÓN, R; RODRÍGUEZ, B; JIMÉNEZ, JF; ESTÉVEZ, ML Prevalencia de las UPP en los centros de atención primaria en la isla de Gran Canaria (España).Referència 2007; II(4 Suplemento):232.Disponible en: <http://www.index-f.com/referencia/revista.php> (Consultado el 13 de Nov. de 2009)

FLORES GÓMEZ, JULIÁN; BREA RUIZ, M^a TERESA; ORTIZ CASTRO, ROSARIO; ALCÁNTARA GONZÁLEZ, MIGUEL ANGEL; LÓPEZ RAMÍREZ, EDUARDO; MORENO PORCAR, JESÚS. Atención domiciliaria de enfermería en la zona centro de Sevilla. (Comparativa 2003-2004) Resumen de Comunicaciones. IV congreso ASANEC. Asociación andaluza de enfermería comunitaria. Atención a la dependencia en el espacio comunitario. Evidentia 2006 ene-feb.; 3(7). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/216-1articulo.php> [ISSN: 1697-638X].(Consultado el 10 de Nov. de 2009)

GALA LEÓN, FRANCISCO JAVIER, LUPIANI GIMÉNEZ, M, BERNALTE BENAZET, A, CORDEIRO CASTRO, JA, MIRET GARCÍA, T Y RAJA HERNÁNDEZ, R. Intervención de Enfermería frente al bullying y la violencia adolescente: Presentación de un Programa de Educación para la Salud (EpS) en el marco sistémico familiar-escolar. *Rev. Paraninfo Digital.* 2008; II (5) Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n5/p086.php>(Consultado el 12 de Dic. 2010.)

GALICIA AGUILAR, ROSA MARÍA. Cuidado de enfermería familiar en una comunidad rural. *Rev. Paraninfo Digital.* 2009; III (6). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n6/o015.php>(Consultado el: 12 de Dic. de 2010)

GALINDO SANCHO, MANUEL; CASTRO VARELA, LAURA; ZAPATA SAMPEDRO, MARCO ANTONIO .Úlceras por presión en talones: un abordaje multifactorial. Caso clínico. *Educare21 -Esp-* 2010; 62: Disponible en:http://www.enfermeria21.com/publicaciones/educare/archivo-de-revistas.html?idArticulo=62023&task=verArticulo&anyo=2010&numPublica=4&numRevista=62&id_menu=20 (Consultado el: 12 de Dic. de 2010)

GALLÍ-LLÀCER, ROSA, SENA-FERNÁNDEZ, BEATRIZ Y LEYVA MORAL, JUAN MANUEL. Quemaduras. Nuevos retos que plantearse. Rev. ROL Enferm. 2009; 32(4):8-12.

GÁLVEZ RAMÍREZ, FELISA; DUMONT LUPIÁÑEZ, ELODIA; CARRASCO HERRERO, JOSÉ M^a; MORILLA TORRES, INMACULADA; GARCÍA GARCÍA, AUXILIADORA; ARDILLA ROMERO, PILAR M^a. Cuídate y cuidarás mejor. Resumen de Comunicaciones. IV congreso ASANEC. Asociación andaluza de enfermería comunitaria. Atención a la dependencia en el espacio comunitario. Evidentia 2006.; 3(7). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/216-1articulo.php> [ISSN: 1697-638X]. (Consultado el 10 de Nov. de 2009)

GÁLVEZ ROMERO, C, GONZÁLEZ VALENTÍN, A Y VIZCAÍNO RUIZ, VM. "Perfil, estado de salud y utilización de recursos sanitarios de cuidadoras de ancianos incluidos en Programa de Incapacitados. ZBS Rincón de la Victoria" Proyecto financiado por el SAS, Expte: 145/02. Resumen de Comunicaciones. IV congreso ASANEC. Asociación andaluza de enfermería comunitaria. Atención a la dependencia en el espacio comunitario. Evidentia 2006.; 3(7). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/216-1articulo.php> [ISSN: 1697-638X]. (Consultado el 10 de Nov. de 2009)

GÁLVEZ ROMERO, CARMEN; GONZÁLEZ VALENTÍN, M^a ARACELI; CORRALES VALLEJO, M^a FLORENTINA; MORENO MUÑOZ, MARÍA. Experiencias de un taller de alimentación sana y equilibrada para mayores Rev Paraninfo digital 2008; Año 2(3) disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/p053.php> (Consultado el 13 de Dic. de 2010)

GAMARRA LOUSA, M; SANZ MUÑOZ, ML; CABRERIZO BARRIOS, L; GARCÍA HUERTA, L; CALONGE BARRIO, MA Continuidad de cuidados en atención primaria a pacientes con fractura de cadera, dados de alta en atención especializada Invest & Cuid 2010 ene-abr.8 (16):22-26

GAMARRA LOUSA, MARTA; FERNÁNDEZ ARAQUE, ANA M^a; GUTIÉRREZ PÉREZ, SONIA; SAAVEDRA MARTOS, ROCÍO; RODRÍGUEZ GARCÍA, MÓNICA; GISTAU LÓPEZ, M^a ÁNGELES. Perfil del cuidador en el Área de Salud de Soria: necesidades detectadas para el mantenimiento de su salud Biblioteca Lascasas, 2010; 6(2). Disponible en <<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0542.php>> (Consultado el 12 de Marzo de 2011)

GÁMEZ GUTIÉRREZ, D; NAVA DEL VAL, M^aA; PACHECO LÓPEZ, M^aI; CÁRDENAS GÁMEZ, E; MORALES MÁRQUEZ, A. M^a; VILLALOBOS GÁMEZ, G. INTERVENCIONES DE PROMOCIÓN DE SALUD CON VOLUNTARIADO. Rev. Paraninfo Digital 2008; Año 2(3) Disponible en: [http](http://www.index-f.com/para/n3/p053.php) (Consultado el: 12 de Dic. de 2010)

GARAIKOETXEA ITURRIRIA, ANA; JANSÀ LÓPEZ DEL VALLADO, JM; GRAU RUVIRETA, ALBERT; CERNADAS RAMOS, ANDRÉS; LÓPEZ PAREJA, NATALIA. Qué esperan los usuarios inmigrados de nuestro sistema de salud? Enferm Comunitaria (Gran) 2009; 5(2) Disponible en: <http://www.index-f.com/comunitaria/v5n2/ec6974.php> (Consultado el 12 de Mar. de 2011).

GARCÍA ARRABAL, JUAN JOSÉ; TOBIÁS MANZANO, ANA; BONILL, CANDELA; CELDRANA MAÑAS, MIRIAM; CONTRERAS FERNÁNDEZ, EUGENIO Y CENEGO FERNÁNDEZ, ANTONIA. Utilización de recursos socio-sanitarios en 2 modelos de Atención Domiciliara: EGs Vs. Modelo Convencional. Evidentia. 2006 ene-feb.; Año 3(7). Póster, resumen. Resumen de Comunicaciones. IV congreso ASANEC. Asociación andaluza de enfermería comunitaria. Atención a la dependencia en el espacio comunitario. Evidentia 2006.; 3(7). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/216-1articulo.php> [ISSN: 1697-638X]. (Consultado el 12 de Nov. de 2012)

GARCÍA GINER, BÁRBARA PILAR, ALONSO GALLEGOS, ADELA, SABATER OLIVA, MARÍA, ESPINOSA ESCRIG, MARTA, POVEDA ARENAS, PALOMA, DE LIZAUR GUTIÉRREZ, SOFÍA Y SABATER OLIVA, IRENE. Aportación enfermera en las preventivas del adulto. En: XI Jornadas de enfermería sobre trabajos científicos. Retos ante las nuevas demandas (Alicante, 18 y 19 Noviembre 2005). Alicante: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana, 2005. PP. 233-245.

GARCÍA LARA, ESTEBAN L, CAÑA PÉREZ, ANA, ORDEN GARCÍA, MANUEL, GONZÁLEZ DELGADO, ANTONIO, GARCÍA CRIADO, EMILIO Y ANTÓN MURILLO, MARÍA DOLORES. ¿Controlamos e informamos bien a nuestros pacientes anti coagulados? Evidentia. 2006.; Año 3(7). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/216-2articulo.php> (Consultado el 19 Nov. de 2009)

GARCÍA LARA, ESTEBAN L; ORTIZ DE ELGUEA, M^a MAR; PEÑA MOHIGEFER, ANTONIO; RECIO GÓMEZ, JUAN; GALLEGO HUERTAS, PALMIRA; ROMERO SÁNCHEZ, MARÍA TRINIDAD. Intervención Enfermera en el Abordaje de Usuarios con Nutrición enteral. Distrito Sanitario Guadalquivir. Córdoba. Rev. Paraninfo Digital, 2008; 3. Disponible en: <<http://www.index-f.com/para/n3/p180.php>> (Consultado el 12-11-09)

GARCÍA MÁRQUEZ, MARÍA DOLORES; PEGALAJAR GARRIDO, ALBERTO. La OPE extraordinaria 2002 y la migración de enfermeras hacia la Atención Primaria. Rev. Paraninfo Digital, 2008; 3. Disponible en: <<http://www.index-f.com/para/n3/p127.php>> Consultado el 12 de Dic. de 2010

GARCÍA PADILLA, FRANCISCA; MERINO NAVARRO, DOLORES; CARRASCO ACOSTA, M^a DEL CARMEN. Experiencia de convergencia didáctica en Enfermería Comunitaria y Enfermería Médico-Quirúrgica Metas Enferm 2010; 13(3):20-24

GARCÍA SÁNCHEZ FJ, RONCERO A, PULIDO DE LA TORRE MD, GARCÍA-PLIEGO GONZÁLEZ-MOHINO A. Experiencia de Implantación del Proceso Enfermero en el Área de Atención Primaria de Ciudad Real. Enfermería Comunitaria (Edición digital) 2005, 1(2). Disponible en <http://www.index-f.com/comunitaria/2/a32-36.php>(Consultado el 12-11-09)

GARCÍA VALLEJO, RAÚL; BEAMUD LAGOS, MILAGROS; PÉREZ RIVAS, FRANCISCO JAVIER; GARCÍA LÓPEZ, MONTSERRAT; ALEJO BRÚ, NURY; HIDALGO GARCÍA, CARMEN; SÁEZ CRESPO, ANTONIO .Nuevo modelo de evaluación de las prácticas de enfermería comunitaria: Fortaleciendo el proceso enfermero Enferm Comunitaria (Gran) 2009; 5(2) Disponible en :<http://www.index-f.com/comunitaria/v5n2/ec7093.php>(Consultado el : 12 de Junio de 2012)

GARCÍA VALLEJO, RAÚL; LÁZARO MARÍ, M^a PAZ; QUINTANA BRAVO, M^a ÁNGELES. Mejora. Metas Enferm 2008 jun11 (5):8-12

GARCÍA VEGA, EVA MARÍA; PUIGVERT VIU, NURIA I .Infecciones de transmisión sexual. Existencia de una red comunitaria, Rev. ROL Enferm 2010; 33(4):282-286

GARCÍA-PADILLA, FRANCISCA M; BATRES-SICILIA, JUAN PEDRO; ROJANO-PÉREZ, REME; FRIGOLET-MACERAS, JOSEFA; MARTOS-CEREZUELA, ILDEFONSO; GONZÁLEZ-DE HARO, M. DOLORES; PALACIOS-GÓMEZ, LEOPOLDO; CORTÉS-GALLEGO, JUANA; GONZÁLEZ-DELGADO, ANTONIO; FRÍAS-OSUNA, ANTO .Líneas de investigación propuestas por la Asociación de Enfermería Comunitaria de Andalucía. Enferm- Clínica 2011; 21(3):159-162

GERMÁN BES, CONCHA, ANGUAS GRACIA, ANA Y ARBONES COBOS, VICTORIA. El aprendizaje de la nueva cultura del agua usando Tics por los estudiantes de enfermería comunitaria de la universidad de Zaragoza (España). Med Natur. 2008 may; 2(2):155-160.

GINÉS NOGUERAS, ROSER; GORRINDO DOMÍNGUEZ, CARMEN DE LAS NIEVES; RÍOS RODRÍGUEZ, M^a ÁNGELES Un paso más de la enfermería en atención comunitaria: consulta joven. Temperamentvm 2005; Año 1(1) Disponible en: <http://www.index-f.com/temperamentum/1revista/a0113.php>(Consultado el 19 de Nov. de 2010)

GIRBÉS FONTANA MARÍA ; JURADO BALBUENA, JUAN JOSÉ; RODRÍGUEZ ESCOBAC, JOSÉ ;ESTEBAN PAREDES, FRANCISCO ARÉJULA TORRES, JOSÉ LUIS; FONTOVA CEMELIF, TERESA; GARCÍA REAL, JAVIER; HERRERA GARCÍA, MARISA Y RUIZ HONTANGAS, ANTONIO .Enfermería en Atención Primaria: nuestra responsabilidad con la población (experiencia del área 9) Rev. Admr. Sanit. 2005; 3 (1):49-65

GODOY CANO, JOSÉ ANDRÉS; GODOY CANO, ANTONIA; NÁJERA RUIZ, ANTONIA; MARTÍN SÁNCHEZ, M^a CARMEN. Trabajando unidos en promoción de salud y prevención de escaras. Rev. Paraninfo Digital, 2008; 3. Disponible en : <http://www.index-f.com/para/n3/p143.php> (Consultado el 13 de Nov. de 2009).

GÓMEZ MANZANO, RAFAEL; MARTÍNEZ FUENTES, AMALIA; MARTÍNEZ HERRERA, ANTONIA; MORENO OTTO, CONCEPCIÓN; URBINA FARALDO, INMACULADA; LÓPEZ AGUIRRE, NIEVES. Gestión de material ortoprotésico por la enfermera de enlace en Atención Primaria Rev. Paraninfo digital 2008 Año 2(3) Disponible en: <<http://www.index-f.com/para/n3/p133.php>> Consultado el 13-11-09

GÓMEZ SÁNCHEZ, R, GÓMEZ RUIZ, M, RODRÍGUEZ MONDÉJAR, JJ Y SÁNCHEZ PÉREZ, JA. Enfermería: educadora de salud de diabéticos. Rev. Paraninfo Digital. 2007; Año 1(2) Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n2/005.php>(Consultado el 12 de Dic. de 2010.)

GÓMEZ, JOSÉ MIGUEL; GARCÍA, ANTONIA; CEPEDA, OLGA; ELBAZ, SIMONE; MILLA, LOURDES; GÓMEZ, MARINA 'Señorita, cuánto va a durar esto'. Autoevaluación del paciente de las necesidades básicas de salud que pueden verse afectadas a causa de Deterioro Integridad Cutánea., atendidas en consulta de enfermería de Atención Primaria. Rev. Evidentia 2006; 3(7) Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/216-2articulo.php>(Consultado el: 18 Nov. 2010)

GÓMEZ-ESCALONILLA LORENZO, BEATRIZ; NOMBELA BELTRÁN, PATRICIA; DE LAS MOZAS LILLO, RAQUEL; MARROYO GORDO, JUANA M^a; GÓMEZ-ESCALONILLA LORENZO, M^a SOLEDAD. Percepción del riesgo de infecciones de transmisión sexual y embarazos no planificados en nuestros adolescentes. *Enferm Comunitaria (Gran)* 2011; 7(2) Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/p052.php> (Consultado el 13 de Nov. de 2009)

GONCET CANSINO, M^a J; ROLDÁN GUILLENA, R; RODRÍGUEZ VARGAS, R; GUTIÉRREZ ARANA, M^a Consulta de TBC. Estudio de convivientes en Zona de Transformación Social. *Rev. Paraninfo digital* 2008 Año 2(3). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/p052.php> Consultado el 13 de Nov. de 2009)

GÓNGORA MALDONADO, FRANCISCO, MORENO ALMENDRO, RAQUEL Y TELLO BERNABÉ, MARÍA EUGENIA. ¿Debemos recomendar el consumo de alimentos enriquecidos con esteroides y estanoles vegetales en la consulta de enfermería? *Rev. Paraninfo Digital*. 2008;(5). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n5/o007.php> (Consultado el 13 de Dic. de 2010)

GONZÁLEZ ARROYO, ANTONIO ALBERTO Y MACIAS GARCÍA, JAIME. Maltrato doméstico: Plan de Cuidados de Enfermería. *Nure Inv.* 2006j; 3 (23).

GONZÁLEZ CANO-CABALLERO, MARÍA; CANO-CABALLERO GÁLVEZ, MARÍA DOLORES; CELMA VICENTE, MATILDE; LÓPEZ MORALES, MANUEL; RODRÍGUEZ LÓPEZ, M^a ASCENSIÓN; HEIERLE VALERO, CRISTINA. Las enfermeras de atención primaria y su relación con los pacientes de salud mental. *Rev. Paraninfo Digital* 2011; Año V(14) Disponible en : <http://www.index-f.com/para/n14/003r.php>. (Consultado el 13 de Junio de 2012)

GONZÁLEZ GIBERT, INMACULADA; MARTÍNEZ FERRER, MARÍA SALUT; ARIZA CARDENAL, CARLES. Revisión de programas de promoción de la salud accesible dirigida a la Educación Primaria. *Rev. Paraninfo Digital*, 2007; 2. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n2/107.php> (Consultado el 13 de Dic. de 2010)

GONZÁLEZ LÓPEZ, JOSÉ RAFAEL; LOMAS CAMPOS, MARÍA DE LAS MERCEDES; FERNÁNDEZ SARMIENTO, JUAN MANUEL; LEÓN LARIOS, FÁTIMA. Aprendizaje basado en problemas en enfermería comunitaria I: desempeño discente en la Universidad de Sevilla. *Enferm- UERJ*, 2010; 18(4):519-523

GONZÁLEZ MARCOS, MARÍA; PERPINYÀ, DOLORS; MIR, SANT; CASELLAS, PILAR; MELCIÓ, DOLORS Y GARCÍA, MARÍA TERESA. Efectividad de un programa de educación grupal estructurada en personas con diabetes Mellitus tipo 2. *Enferm Clínica*. 2005; 15(3):141-146.

GONZÁLEZ MARIA, E. La calidad de los cuidados en atención primaria no difiere entre enfermeras especializadas y médicos de familia. *Enferm Clínica* 2009; 19(4): 233-234

GONZÁLEZ PASCUAL, JUAN LUIS. Usos del Diagnóstico "Conductas generadoras de Salud" en Atención Primaria de Madrid y Propuestas de futuro. *Enfermería comunitaria* 2011; 7(2) Disponible en: <http://www.index-f.com/comunitaria/v7n2/ec7597.php> (Consultado el 10 de Feb. de 2013)

GONZÁLEZ RODRÍGUEZ, ANGUSTIAS, SERRANO MORENO, M^a SERRANO Y BERNABÉ MOYANO, M^a ÁNGELES. Taller permanente "Alimentación y Salud". Intervención educativa dirigida a familias de escolares en situación de sobrepeso y obesidad. *Rev. Paraninfo Digital*. 2008; Año 2(3). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/p053.php> (Consultado el 13 de Dic. de 2010)

GONZALO JIMÉNEZ E, TORAL LÓPEZ I, RUIZ BARBOSA C, MARTÍN SANTOS FJ, MORALES ASENCIO JM. Estrategias de mejora de la atención primaria en Andalucía. *Biblioteca Lascasas*, 2007; 3(2). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0228.php> (Consultado el 12 de Nov. de 2012)

GONZALO JIMÉNEZ, ELENA; TORAL LÓPEZ, ISABEL; RUIZ BARBOSA, CARMEN; MARTÍN SANTOS, FRANCISCO JAVIER; MORALES ASENCIO, JOSÉ MIGUEL. Estrategias de mejora de la atención primaria en Andalucía. *Biblioteca Lascasas* 2007; 3(2) Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0228.php> (Consultado el 20 de Nov. de 2009)

GRANOLLERS MERCADERA, SILVIA; LAPENA ESTELLAB, CAROLINA; MARTÍN VERGARAC, N., OROZCO PRÁDANOSD, E.EFA, PORTA SALVIE, MONSERRAT., & ACEBRÓN SÁNCHEZ-FORTUNYF, CARMEN. Perfil del profesional de enfermería que voluntaria del Institut Català de la Salut opta al concurso de movilidad. *Nursing*, 2009; 27(10), 64.

GRIÑÁN SORIA, FERNANDO A, SIERRA MUÑOZ, OLGA, MUÑOZ GUIJO, ISABEL, MARTÍNEZ CASADO, MARÍA LUISA, BARRASA ABADÍA, FELICIDAD, SERRANO MUÑOZ, PILAR Y SÁNCHEZ MORALES, MARÍA. Reparación de desgarró completo del lóbuló de la oreja. *Nursing -Ed. Esp-*. 2008 oct.; 26(8):58-61.

GRIÑÁN SORIA, FERNANDO A, TROYANO RIVAS, TERESA, RODRÍGUEZ MARTÍNEZ, MARÍA DEL MAR, RICO BLÁZQUEZ, MILAGROS, SECO MARTÍN, L ALFONSO, PRADOS NIETO, LUIS Y MANZANO MARTÍN, ELENA. Rehabilitación integral en un caso de demencia senil. *Nursing -Ed. Esp-*. 2009; 27(3):58-66.

GRIÑÁN SORIA, FERNANDO, TROYANO RIVAS, TERESA, RODRÍGUEZ MARTÍNEZ, MARÍA DEL MAR, SERRANO MUÑOZ, PILAR, MUÑOZ GUIJO, ISABEL, MANZANO MARTÍN, ELENA Y PRADOS NIETO, LUIS. Extirpación de un dermatofibroma en el cuello en la consulta de enfermería de atención primaria. *Nursing -Ed. es-*. 2009 abr.; 27(4):50-53.

GUARDADO GONZÁLEZ, Mª JOSÉ, GARCÍA FERNÁNDEZ, JACINTO, PASCUAL VACA ARMARIO, JUANA, LAGARES VALLEJO, ELOÍSA Y LOMAS CAMPOS, Mª DE LAS MERCEDES. Planificación de un programa de activación de la memoria en la comunidad. *Metas Enferm*. 2008; 11(4):56-59.

GUERRA MARTÍN, Mª DOLORES. Opiniones y percepciones de las enfermeras sobre los valores que desarrollan en la prestación de cuidados. *Metas Enferm*. 2008 sep.; 11(7):26-31.

GUEVARA MUÑOZ, CARMEN. ¿Debe incluirse en el protocolo de HTA que se aplica en un Centro de Salud de Atención Primaria la práctica de la auto medición de presión arterial (AMPA)? *Evidentia*. 2007; Año 4(16). Disponible en <http://www.index-f.com/evidentia/n16/348articulo.php> (Consultado el 10 de Nov. de 2012)

GUEVARA MUÑOZ, CARMEN. Por favor, que mi enfermera me tome la tensión arterial: los médicos obtienen valores que sobrestiman mi presión [Little P, Barnett J, Barnsley L, Marjoram J, Fitzgerald-Barron A, Mant D. Comparison of agreement between different measures of blood pressure in primary care and daytime ambulatory blood pressure. *BMJ*. 2002; 325(7358):254.][Brueren MM, Schouten HJ, de Leeuw PW, van Montfrans GA, van Ree JW. A series of self-measurements by the patient is a reliable alternative to ambulatory blood measurement. *Br J Gen Pract*. 1998 Sep; 48(434):1585-9.]. *Evidentia*. 2007 Año 4(16). Disponible en: [En: http://www.index-f.com/evidentia/n16/350articulo.php](http://www.index-f.com/evidentia/n16/350articulo.php) [ISSN: 1697-638X]. (Consultado el 10 Nov. de 2012)

GUIRAO GORIS, JOSEP ADOLF. Evolución de la opinión del alumnado respecto al tipo de aprendizaje conseguido en la asignatura de Salud Pública. *Enfermería Comunitaria (Rev. digital)* 2010, 6(2). Disponible en <http://www.index-f.com/comunitaria/v6n2/ec7313.php>(Consultado el18 de Nov. de 2010)

GUTIÉRREZ MARÍN, MARÍA JOSÉ; LIROLA CRIADO, MERCEDES; MARTÍN ALMENTA, ROCÍO; RAMÍREZ ZAMBRANA, CRISTINA; ZAVALA LOAYZA, SUSAM KAREN ¿Cómo están abordando las enfermeras de atención primaria la promoción de salud de las cuidadoras inmigrantes? *Rev. Paraninfo Digital* 2008; Año 2(3) Disponible en : <http://www.index-f.com/para/n3/p053.php> (Consultado el 18 de Nov. de 2009)

HEIERLE VALERO, CRISTINA; CANO-CABALLERO GÁLVEZ, MARÍA DOLORES; GUILLAMET LLOVERAS, ANA; CELMA VICENTE, MATILDE; GARACH MIRASOL, JOSÉ IGNACIO. Innovación docente en las prácticas de enfermería comunitaria, salud mental y geriatría. *REV. ROL Enferm-* 2010; 33(11):51-56.

HERAS FORTUNY, R., MORROS TORNÉ, C., ÁLVAREZ CARRERA, A., MOIX MANUBENS, I., SABRIA MARTÍNEZ, I., & SANTAELULÀLIA POTRONY, L. Prevalencia de úlceras por presión en atención primaria en dos comarcas catalanas. *Enferm Clínica* 2006; 16(1), 35-38.

HERNÁNDEZ PÉREZ, ROBERTO DEL SACRAMENTO. La enfermera comunitaria en la atención socio sanitaria. *Rev. ENE Enferm*. 2007 dic.; (1):7-16. .Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/49>.(Consultado el 13-11-09)

HERNÁNDEZ VIÁN, ÓSCAR, MORENO RAMOS, CRISTINA, SÁNCHEZ GARCÍA, ANNA, LÓPEZ GÓMEZ, M JOSEP, ORTIZ ÁLVAREZ, ENCARNA Y BALBOA BLANCO, EDEL. Evaluación del programa de atención a personas mayores frágiles diagnosticadas de EPOC en los centros de atención primaria de Sabadell. *Enferm Clínica*. 2007; 17(3):109-116.

HERNÁNDEZ ZAMBRANO, SANDRA MILENA. La participación ciudadana en salud: Desafíos para una sociedad en transformación. *Enfermería Comunitaria (Rev. digital)* 2011, 7(2). Disponible en <<http://www.index-f.com/comunitaria/v7n2/ec7201.php>> (Consultado el 13 de Octubre del 2012)

HERREZUELO PERIAÑEZ, M. J; LÓPEZ, BEGOÑA; RUIZ ALGORA, M. A; ÁLVAREZ GARCÍA, C; ORTIZ CASTRO, R; ROMERO GARCÍA, M. Modelo de Implantación de una Guía de Práctica Clínica en un distrito de atención primaria. *Rev Paraninfo digital* 2008; Año 2(3). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/p160.php>. (Consultado el 10 de Feb. de 2013)

HIDALGO GARCÍA, ANTONIO, LLANTAS SÁNCHEZ, AGNÉS, ORIACH ALONSO, MARÍA ROSA, VILADOT AGUAYO, ANNA, FIGUEIRAS NOVELLE, GUADALUPE, MANITO LORITE, ISABEL, NÚÑEZ JUÁREZ, ESTHER, ONDIVIELA CARITEU, ANGELS Y SALVADÓ TORREGROSA, ANNA. Indicadores de salud. *Rev. ROL Enferm.* 2007 mar; 30(3):22-26.

HORCAJADAS GARCÍA, A, MARTÍN REYES, B Y SÁNCHEZ SÁNCHEZ, F. A propósito de un caso de derivación a ECE por personal de enfermería del 061 de Granada. *Evidentia*. NANDA-NIC-NOC "De la perplejidad a la generación de conocimiento". Resumen de comunicaciones. *Evidentia* 2007 ene-feb.; 4(13). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n13/305-1articulo.php> [ISSN: 1697-638X]. (Consultado el 12 de Nov. de 2012)

HORTELANO RODRÍGUEZ, PASTORA Y ZAPATA SAMPEDRO, MARCO ANTONIO. Atención al cuidador informal. Caso clínico. *Hygia de enfermería*. 2009; XVI (71):57-64.

HUESO NAVARRO, FABIOLA; BERROCHE ALA YETO, LOURDES; GIRAL GUEMBE, ANUNTXA; PÉREZ PÉREZ, M^a JOSÉ; MAGAÑA MORENO, ARACELI; POZUETA DIÉGUEZ, GUADALUPE; SANTACRUZ REDRADO, EVA .La evolución de nuestra perplejidad *Evidentia* 2007; Año 4(13) Disponible en : <http://www.index-f.com/evidentia/n13/305-1articulo.php> .(Consultado el 13 de Nov. de 2009)

IBIRICU BARRO, ÁNGELES, BUENO DOMÍNGUEZ, M^a JOSÉ, VALLEJO GARCÍA, ESPERANZA Y CELMA MOYA, FRANCISCA. Seguridad clínica en enfermería: análisis de puntos críticos en administración de fármacos. *Metas Enferm.* 2007 sep.; 10(7):20-24.

IGEA MORENO, M., LOZANO GARCÍA, Y., GONZÁLEZ GASCÓN, R.). Implantación de la metodología enfermera en los sistemas informáticos de atención primaria *Enfermería Global* 2005; 6, 1. Disponible en: www.um.es/eglobal/ (Consultado el : 13 de Nov. de 2010)

IZQUIERDO CARRASCO JUAN MIGUEL, SERRANO CEPAS MARI CARMEN, BERMEJO ABELLÁ DOLORES, MOREIRA SÁNCHEZ MIRANDA, I PEÑA REYES RENE, LÓPEZ LEÓN ANA. Bienestar del cuidador familiar Resumen de Comunicaciones. IV congreso ASANEC. Asociación andaluza de enfermería comunitaria. Atención a la dependencia en el espacio comunitario. *Evidentia* 2006 ene-feb.; 3(7). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/216-1articulo.php> [ISSN: 1697-638X]. (Consultado el 10 de Nov. de 2009)

IZQUIERDO CARRASCO, JUAN MIGUEL; BOATELLA CUMPIAN, LUÍS; GARRÓN OLIVER, ANTONIO; MADUEÑO MELÉNDEZ, REMEDIOS; GARCÍA CABELLO, JOSÉ MANUEL; GARCÍA GALIANO, ISABEL M^a. Evaluación de los talleres de cuidadoras .Resumen de Comunicaciones. IV congreso ASANEC. Asociación andaluza de enfermería comunitaria. Atención a la dependencia en el espacio comunitario. *Evidentia* 2006; 3(7). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/216-1articulo.php> [ISSN: 1697-638X]. (Consultado el 10 de Nov. de 2009)

JEREZ FONSECA, LADY CATALINA; MONTOYA SANABRIA, SANDRA MILENA; AMEZCUA, MANUEL. *El botellón en perspectiva: Convergencias y divergencias en la mirada del observador.* *Enferm Comunitaria (Gran)*. 2010. 6(1). Disponible en: www.index-f.com/comunitaria/v6n1/ec0061r.php. (Consultado el 20 de octubre de 2012)

JIMENA PÉREZ, J; RAMOS MORCILLO, A. J; CANTÓN PONCE, M. Orientación a resultados de la educación diabetológica grupal (diabetes Mellitus tipo 2) en el Distrito Sanitario Jaén Norte *Rev Paraninfo digital* 2008; Año 2(3) disponible en <http://www.index-f.com/para/n3/p093.php> (Consultado el 12 de Dic. de 2010)

JIMÉNEZ GARCÍA, JUAN FRANCISCO, ABAD GARCÍA, MARÍA DEL MAR, LAFUENTE ROBLES, NIEVES, AGUILERA MANRIQUE, GABRIEL, TORRA I BOU, JOAN ENRIC Y PEÑAFIEL ESCAMEZ, MARÍA T. Estrategias nutricionales ante pacientes desnutridos en Atención Primaria. Resumen de Comunicaciones. IV congreso ASANEC. Asociación andaluza de enfermería comunitaria. Atención a la dependencia en el espacio comunitario. *Evidentia* 2006 ene-feb.; 3(7). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/216-1articulo.php> [ISSN: 1697-638X]. (Consultado el 12 de Nov. de 2012)

JIMÉNEZ GARCÍA, JUAN FRANCISCO; ABAD GARCÍA, MARÍA DEL MAR; GRANADOS ALBA, ALEJANDRO; FERRE PÉREZ, MIGUEL ÁNGEL; CAÑADAS NUÑEZ, FELIPE; LAFUENTE ROBLES, NIEVES. Talleres educativos para pacientes con úlceras en extremidades inferiores. *Nure* 2006; 3 (24): http://www.fuden.es/ponencia_detalle.cfm?ID_PONENCIA=25&ID_PONENCIA_INI=1 (Consultado el 13 de Nov. de 2009)

JIMÉNEZ RODRÍGUEZ, DIANA; MORALES MORENO, ISABEL; CARMONA RUIZ, JUAN; BERBERENA GARCÍA, ANTONIO GONZALO Y ESTEVE CABEZAS, MARÍA DOLORES. Aproximación a la perspectiva de los usuarios acerca de la prescripción enfermera. *Tempus Vitalis -Esp-*. 2009 ene-abr.; 9(1):12-19. Disponible en: <http://www.tempusvitalis.com/descargas/articulos/2009vol9num1/2prescripcion91.pdf> (Consultado el 12 de Nov. de 2012)

JIMÉNEZ, C, MARTÍNEZ, M, MATEOS, J, MARTÍNEZ, G Y ZABALLOS, A. Gestión del suministro con las residencias de personas mayores en el área 5 de atención primaria de Madrid. En: Asociación Nacional de Directivos de Enfermería. 17 Jornadas nacionales de supervisión de enfermería: enfermeras gestoras, retos y propuestas de futuro (Córdoba, 7,8 y 9 Junio 2006). Valencia: Asociación Nacional de Directivos de Enfermería, 2006. POS_052. Poster. C 27-Nº17.

JORGE SAMITIER, PABLO. Historia de una enfermera comunitaria española de mediados del siglo XX. *Enferm Comunitaria (Gran)*. 2009 ene-jun.; 5(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/comunitaria/v5n1/ec6967.php> (Consultado el 13 de Dic. de 2010)

JURADO-CAMPOS, JERONI; ANGLADA- DILME, M. TERESA; CANET- PONSÀ, MONSERRAT; PRIVAT-MARCÈ, M. LLUISA; FÀBREGA-PAIRÓ, TERESA; JUVINYÀ-CANAL, DOLORS. Implementación de un modelo integrado de enfermería de enlace: un estudio descriptivo *Enferm Clínica* 2008; 18(5):253-261

JUVINYÀ D, SUÑER R, BRUGADA N, BERTRÁN C, GRABOLEDA C, VILA M. Implementación de un programa de enlace y continuidad entre hospital y atención primaria. *Rev. Paraninfo Digital*, 2007; 2. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n2/050.php> (Consultado el 13-11-09)

LAFUENTES ROBLES, NIEVES, CRUZ ARÁNDIGA, RAFAELA, BATRES SICILIA, JUAN PEDRO, GRANADOS ALBA, ALEJANDRO Y CASTILLA ROMERO, Mª LUISA. Guía de atención enfermera a personas con diabetes. Segunda. Sevilla (España): Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria, 2006. 189 p. 84-689-9734-X / DL SE-3461/06. Libro divulgativo. 2A-GUI-2006

LEDO GARCÍA MJ, VALLÉS FERNÁNDEZ R, LECHA ARENY R, OLIVARES CORREAS I, MUÑOZ FRÍAS M, BOSCH BELLA JL ET AL. ¿Se consumen todos los medicamentos que se prescriben? *Metas de Enferm* 2006; 7:28-32

LEDO GARCÍA, JULIA, RIVERA BOSCH, GEMMA, FERNÁNDEZ AGUADO, CARMEN Y VALDIVIESO LÓPEZ, AMPARO. Efectividad de una consulta de enfermería para la deshabituación tabáquica. *Enferm Comunitaria (Gran)*. 2006; 2(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/comunitaria/v2n1/a24-29.php>(Consultado el: 12 de Nov. de 2009)

LEYVA MORAL, J. M. Homosexual y adolescente. Una visión holística desde atención primaria de salud. *Rev. ROL Enferm*. 2006; 29 ((9): 11-16.

LEYVA MORAL, JM Y MOGEDA MARINA, N. Necesidades psicosociales del cuidador informal. *Rev. ROL Enferm*. 2008 mar; 31(3):196-199.

LIÉBANA FERNÁNDEZ, JOSÉ LUIS; QUERO CABEZA, AURORA; FERNÁNDEZ GÁMEZ, SOLEDAD; NIETO MUÑOZ, MARÍA JOSÉ; OSORIO ROBLES, MARÍA; ROMERO PÉREZ, INMACULADA. El diagnóstico del cansancio del rol del cuidador. Un análisis desde atención primaria Resumen de Comunicaciones. IV congreso ASANEC. Asociación andaluza de enfermería comunitaria. Atención a la dependencia en el espacio comunitario. *Evidentia* 2006; 3(7). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/216-1articulo.php> [ISSN: 1697-638X]. (Consultado el 10 Nov. de 2010)

LIÉBANA FERNÁNDEZ, JOSÉ LUIS; QUERO CABEZA, AURORA; ROMERO PÉREZ, INMACULADA; FERNÁNDEZ GÁMEZ, Mª SOLEDAD; NIETO MUÑOZ, Mª JOSÉ; CASTILLO QUINTERO, ANTONIA. Efectividad de la intervención enfermera "consulta por teléfono" para mejorar el diagnóstico cansancio del rol de cuidador. *Rev Paraninfo Digital* 2011; 11 Disponible en : www.index-f.com/para/n11-12/020o.php : www.index-f.com/para/n11-12/pdf/020o.pdf(Consultado el 12 de Junio de 2012)

LIMA RODRÍGUEZ, JOAQUÍN SALVADOR, COBO CASTILLO, CELIA, LIMA SERRANO, MARTA Y CASADO MEJÍA, ROSA. Educación para la Salud Grupal: ¿Es utilizada por las enfermeras de Atención Primaria de Salud? *Enferm Comunitaria (Gran)*. 2008; 4(2). Disponible en : <http://www.index-f.com/comunitaria/v4n2/ec6688.php> Consultado el : (Consultado el 13 de Nov. de 2010)

LIZCANO-ÁLVAREZ, ÁNGEL; GRIÑAN-SORIA, FERNANDO; HIDALGO-GARCÍA, CARMEN; GÓNGORA-MALDONADO, FRANCISCO; VILLAR-OSET, JOAQUÍN; MARTIN-MADRAZO, CARMEN. Estratificación del riesgo cardiovascular, según tabla SCORE, en el Día Europeo de la Prevención del Riesgo Cardiovascular en centros de salud de la comunidad de Madrid. *Enferm Clínica* 2011 21(6):344-348

LLAURADÓ E, PAYÁN M, GARCÍA D, MÉNDEZ-AGUIRRE M, .ÁLVAREZ N, YRLA R. Valoración del sueño en ancianos en un centro de atención primaria. *Rev. Paraninfo Digital* 2007; 2. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n2/143.php>(Consultado el 19 e Nov. de 2010)

LLERENA AM, LÓPEZ MARTÍN I. Atención domiciliaria y prevención de la incapacidad en ancianos. *Educare* 2008; 49. Disponible en: http://preview.enfermeria21.com/educare/secciones/aprendiendo/detalle_index.php?Mg%3D%3D&MTY1&Mjc%3D&MjYyNQ%3D%3D(Consultado el 16 de Nov. de 2009)

LLUCH GARVI, VERÓNICA. Siempre trabajando para mejorar. Las enfermeras de pediatría de Atención Primaria en los 80 Arch *Memoria* 2011; 8(2) disponible en: <http://www.index-f.com/memoria/8/8203.php> (Consultado el: 12 de Junio de 2102)

LOBO ESCOLAR, ELENA. Evaluación del coste-efectividad de una intervención de enfermera de gestión de casos frente al cuidado estándar *Enferm Clínica* 2009; 19(2):98-99

LÓPEZ ALONSO, SERGIO ROMEO; GALA FERNÁNDEZ, BIENVENIDA Y GÓMEZ FALLA, ELOÍSA. Uso de escalas de valoración en el proyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a las Personas Dependientes. *Índex Enferm (Gran)*. 2006 otoño; Año XV (54):56-61.

LÓPEZ GONZÁLEZ, M^a DEL MAR, PÉREZ NAVARRO, ADELAIDA, RUIZ FERNÁNDEZ, M^a DOLORES, GARCÍA, PURIFICACIÓN Y GARCÍA ARRABAL, JUAN JOSÉ. PERFIL DEL INMOVILIZADO EN DISTRITO ALMERÍA. Resumen de Póster. IV congreso ASANEC. Asociación andaluza de enfermería comunitaria. Atención a la dependencia en el espacio comunitario. *Evidentia* 2006; 3(7). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/216-2articulo.php> [ISSN: 1697-638X] (.Consultado en Nov. de 2009)

LÓPEZ JUAN, G, ABEJÓN ESCRIBANO, R, PEIDRÓ MARTÍN, P, LOMBÓ VEGA, A Y HONRUBIA PÉREZ, M. [Estudio sobre la formación en sexualidad de los profesionales de enfermería y la atención primaria de la ciudad de Barcelona] *Estudi sobre la formació en sexualitat del professionals d'infermeria al l'atenció primaria de Barcelona ciutat*. *AgInf*. 2005; 9(1):742-745.

LÓPEZ MORALES, MANUEL. La Enfermería Comunitaria del Nuevo Siglo. Biblioteca Lascasas. 2006; 2 (1). Disponible en <<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0100.php>> (Consultado el 13 de Nov. de 2010)

LÓPEZ-SANTOS, VALLE; SÁNCHEZ-RAMOS, JOSÉ LUIS; TORONJO-GÓMEZ, ÁNGELA; PEDREGAL-GONZÁLEZ MIGUEL; ROJAS-OCAÑA, MARÍA JESÚS; CONTRERAS-MARTÍN, ÁNGELA. Valoración del componente comunicativo/relacional de la práctica enfermera en Atención Primaria: El cuestionario GATHA-ENFERMERÍA. *Índex Enferm [revista en la Internet]*. 2008; 17(3): 173-177. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000300005&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962008000300005>.

LOZANO PADILLA, CARMEN. Estudio de la sobrecarga de los cuidadores domiciliarios Resumen de Comunicaciones. IV congreso ASANEC. Asociación andaluza de enfermería comunitaria. Atención a la dependencia en el espacio comunitario. *Evidentia* 2006; 3(7). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/216-1articulo.php> [ISSN: 1697-638X]. Consultado el 10 de Nov. de 2009

LUCAS CAÑABATE, SOLEDAD, BERRUEZO GÓMEZ, IGNACIO Y AYALA MAQUEDA, MARÍA ROSARIO. Jornadas saludables en colaboración con la asociación de vecinos. Instrumento para fomentar la salud de la comunidad. *Rev. Paraninfo digital*. 2008; Año 2(3). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/p053.php>(Consultado el 13 de Dic. de 2010)

LUPIANI GIMÉNEZ, MERCEDES; GALA LEÓN, FRANCISCO JAVIER; GÓMEZ SANABRIA, ANTONIO; MIRET GARCÍA, M^a TERESA; DÁVILA GUERRERO, JESÚS Y BARRETO ROMANÍ, M^a CARMEN. Autoimagen y autoestima profesional en la enfermería de Atención Primaria

(A.P.). Un estudio en un distrito de A.P. Rev. Paraninfo digital. 2008; Año 2(3). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/o028.php> (Consultado el 12 de Nov. de 2010)

MADUEÑO BLANCO, JOSÉ ANTONIO; QUINTANA VÁZQUEZ, JUAN PEDRO; MUÑOZ LUENGO, FRANCISCO JOSÉ; LLANOS PEDRAJAS, ADELINA. Cuidando entre todos Resumen de Comunicaciones. IV congreso ASANEC. Asociación andaluza de enfermería comunitaria. Atención a la dependencia en el espacio comunitario. Evidentia 2006 ene-feb.; 3(7). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/216-1articulo.php> [ISSN: 1697-638X].(Consultado el 10 de Nov. de 2009)

MAESTRO GONZÁLEZ, M^a BELÉN Y GARCÍA ANDIANO, PILAR. Educación grupal: Técnicas de relajación en atención primaria. Rev. Paraninfo Digital. 2007; Año 1(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n2/036.php>. (Consultado el 20 de Nov. de 2010)

MARCH CERDÁ, JOAN CARLES; GALIANA AUCHEL, JOSÉ MANUEL; DANET DANET, ALINA; EQUIPO CLIMAP SEVILLA. Clima emocional en los centros de Atención Primaria de un Distrito Sanitario urbano de Andalucía. Enfermería Comunitaria (Rev. digital) 2011, 7(2). Disponible en <http://www.index-f.com/comunitaria/v7n2/ec7509.php>(Consultado el : 13 junio de 2012)

MÁRQUEZ MACÍAS, MARÍA PILAR; CANTALEJO MARTÍN, ALMUDENA; FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, SILVIA; GARCÍA HERNÁNDEZ, MARÍA NIEVES; GARCÍA MARTÍN, ROSA MARÍA; LAGUNA PELÁEZ, CANDELAS Y LLORENTE CASTRONUEVO, MARÍA JESÚS. Prevención de la diabetes tipo 2 a través de un programa estandarizado de Educación para la Salud en Atención Primaria. Metas Enferm. 2009 jun.; 12(5):58-63.

MARTÍN MORCILLO, JAIME; CELADA PÉREZ, SAGRARIO; FERNÁNDEZ CRESPO, SUSANA; RODRÍGUEZ MUÑOZ, FRUCTUOSO. SITUACIÓN DE LA MATERIA TRANSVERSAL Educación para la Salud en la provincia de Toledo Nure Inv 2009; 43:1-11 Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/matraneps432112009103751.pdf . (Consultado el: 20 Octubre de 2012)

MARTÍN SANTOS, FRANCISCO JAVIER; MORILLA HERRERA, JUAN CARLOS; MORALES ASENCIO, JOSÉ MIGUEL; GONZALO JIMÉNEZ, ELENA. Consulta de enfermería a demanda Biblioteca Lascasas 20073(2). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0231.php> (Consultado el 13 de Nov. de 2010)

MARTÍNEZ DE LA PEÑA, RAFAEL; NAVARRO CRUZ, LUIS; TÉLLEZ SEGURA, RAFAEL; PÉREZ RUIZ, MARÍA BELÉN. Estudio de satisfacción de las cuidadoras, sobre las visitas domiciliarias enfermería-fisioterapia en el Distrito Poniente de Almería Resumen de Póster. IV congreso ASANEC. Asociación andaluza de enfermería comunitaria. Atención a la dependencia en el espacio comunitario. Evidentia 2006 ene-feb.; 3(7). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/216-2articulo.php> [ISSN: 1697-638X]. Consultado el 12 de Nov. de 2012

MARTÍNEZ FUENTES, AMALIA, DOBLAS MEDINA, CONSOLACIÓN, PINO MESAS, ROSA DELIA Y MORENO OTTO, CONCEPCIÓN. Diagnósticos, Intervenciones y Objetivos enfermeros más prevalentes en la población atendida por la Enfermera Comunitaria de Enlace. Evidentia. 2006 ene-feb.; Año 3(7). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/216-2articulo.php> (Consultado el 13 de nov. de 2010)

MARTÍNEZ GUTIÉRREZ, CRISTINA; OLIVENCIA VARÓN, RAÚL. Humanización de los cuidados pediátricos de enfermería en atención primaria. Rev. Paraninfo Digital, 2008; 4. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n4/p015.php> (Consultado el 12 de Nov. de 2012)

MARTÍNEZ MARTÍN, M^a LUISA; CANALEJAS PÉREZ, M^a DEL CORO; VERA CORTÉS, MANUEL LUIS; CID GALÁN, M^a LUISA; MARTÍN SALINAS, CARMEN. Déficit de autocuidado en los pacientes de 75 años y más, a los dos meses del alta hospitalaria. Metas Enferm-2010; 13(7):28-32

MARTÍNEZ MENGÍBAR, E., PÉREZ NAVARRO, A., LÓPEZ GONZÁLEZ, M^a DEL MAR, YÉLAMOS HINOJO, M. R., RUIZ FERNÁNDEZ, M. D., & GARCÍA, P. Manejo de enfermería del paciente incontinente en Distrito Almería. Resumen de Comunicaciones. IV congreso ASANEC. Asociación andaluza de enfermería comunitaria. Atención a la dependencia en el espacio comunitario. Evidentia 2006 ene-feb.; 3(7). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/216-1articulo.php> [ISSN: 1697-638X]. (Consultado el 10 de Febrero de 2013)

MARTÍNEZ NIETO JOSÉ MANUEL, CASTILLA ROMERO MARÍA LUISA, SOTO BUENO ANTONIA, RIVERO GALÁN MERCEDES, ARIAS VELARDE LUCÍA, FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ JESÚS. Factores condicionantes de la sobrecarga del cuidador de personas inmobilizadas

en El Puerto de Santa María Resumen de Comunicaciones. IV congreso ASANEC. Asociación andaluza de enfermería comunitaria. Atención a la dependencia en el espacio comunitario. Evidentia 2006.; 3(7). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/216-1articulo.php> [ISSN: 1697-638X]. (Consultado el 10 de Nov. de 2009)

MARTÍNEZ NIETO, JOSÉ MANUEL; DELGADO ROMERO, ASCENSIÓN; HERRERO VILLANUEVA, MARÍA LUISA; LÓPEZ MUÑOZ, JOSÉ; RODRÍGUEZ BOBILLO, MARGARITA; MARTÍN TELLO, JUAN MANUEL; ET AL. Organización por Competencias de las Prácticas Clínicas de Enfermería Comunitaria: Guía Docente de Prácticas. Biblioteca Lascasas, 2010; 6(2). Disponible en <<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0527.php>> (Consultado el 26 de Enero de 2013)

MARTÍNEZ PIÉDROLA, M., CASTRO MOLINA, M., & SÁEZ CRESPO, A. (. Disfunción eréctil: Objetivos e intervenciones en la consulta de enfermería. Enfermería Clínica 2005; 15, 43-49.

MARTÍNEZ RIERA, JOSÉ RAMÓN Intervención comunitaria en la escuela: estado de la cuestión. Rev. ROL Enferm 2011; 34(1):42-49

MARTÍNEZ RIERA, JOSÉ RAMÓN; SANJUÁN QUILES, ÁNGELA .Realidad de los cuidados continuados en España Rev Tesela 2011 1º semestre (9) Disponible en ; url: <http://www.index-f.com/tesela/ts9/ts7610.php> (Consultado el 12 de enero de 2012)

MARTÍNEZ RIERA, JOSÉ RAMÓN; SANJUÁN QUILES, ÁNGELA; CIBANAL JUAN, LUIS; PÉREZ MORA, MARÍA JESÚS. Roleplaying en el proceso de enseñanza-aprendizaje de enfermería: valoración de los profesores. Cogitare 2011 16(3):411-417 Disponible en: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/24216/16223>(Consultado el: 18 de Nov. de 2010)

MARTÍNEZ SÁNCHEZ, ENCARNA; JIMÉNEZ RODRÍGUEZ, DIANA; MORALES MORENO, ISABEL; HERNÁNDEZ MARTÍNEZ, ELIA. Programa de habilidades sociales para mujeres: Evaluación de la intervención de enfermería Rev. Paraninfo Digital 2007 |Año 1(2) disponible en:<http://www.index-f.com/para/n2/071.php> (Consultado el 13 de Nov. de 2010)

MARTÍNEZ SOLA, ENCARNACIÓN MARÍA; BERJÓN APARICIO, SONIA Y RODRÍGUEZ IBÁÑEZ, MARÍA. Factores psicosociales del profesional de enfermería en Atención Primaria, en los diferentes Distritos de Almería. Biblioteca Lascasas. 2009; 5(2). Disponible en <<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0421.php>> (Consultado el 12 de Dic. De 2010)

MATEOS, J, JIMÉNEZ, C, MARTÍNEZ, M, MARTÍNEZ, G Y ZABALLOS, A. Implantación de un modelo de gestión del conocimiento en el área 5 de atención primaria del servicio madrileño de salud. En: Asociación Nacional de Directivos de Enfermería. 17 Jornadas nacionales de supervisión de enfermería: enfermeras gestoras, retos y propuestas de futuro (Córdoba, 7,8 y 9 Junio 2006). Valencia: Asociación Nacional de Directivos de Enfermería, 2006. COM_25. Comunicación. C 27-Nº17.

MAYNEGRE SANTAULÀRIA, MONTSERRAT, ORTEGA ROCA, ALEXANDRE, TOR LLACUNA, ANA, SÁNCHEZ LÓPEZ, CARMEN, MARTÍNEZ ANGULO, LOURDES Y BOQUET MARTÍNEZ, MYRIAM. La gestión de la demanda urgente en los equipos de atención primaria del Maresme. Metas Enferm. 2009; 12(9):10-12.

MELCHOR MOR, CRISTINA; MARISCAL BRAULIO, JOSEFINA ROSARIO; BRAULIO ORTÍN, MARÍA TERESA; PÉREZ GARCÍA, MARÍA ROSARIO; VARELA LOR, LAIA; GONZÁLEZ RUBIO, GRACIELA. Proyecto de educación sanitaria en la escuela: Prevención en el consumo de Cannabis. Rev. Paraninfo Digital 2008; II (5) Disponible en: url: <http://www.index-f.com/para/n5/p086.php> (Consultado el 12 de Dic. 2010)

MELIA BEIGBEDER, CECILIA Y PLANELLES FERNÁNDEZ, JOSÉ BERNARDO. Estudio experimental de intervención mediante un programa de ejercicio físico aeróbico dirigido y controlado por enfermeros. La enfermería de atención primaria interviene activamente en la reducción del riesgo cardiovascular y en la mejora de la calidad de vida de los usuarios. En: XI Jornadas de enfermería sobre trabajos científicos. Retos ante las nuevas demandas (Alicante, 18 y 19 Noviembre 2005). Alicante: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana, 2005. Pp. 179-195.

MÉNDEZ-AGUIRRE, M, GARCÍA BONÍAS, D, PARRA HORRA, LL, MARTÍNEZ PALLÍ, L Y DALFÓ-PIBERNAT, A. Efectividad de un programa de deshabituación tabáquica en atención primaria. Rev. Paraninfo Digital. 2007; Año 1(2). Disponible en: <<http://www.index-f.com/para/n2/175.php>> (Consultado el 19 de Nov. de 2010)

MENESES JIMÉNEZ, MARÍA TERESA; MORENO RODRÍGUEZ, ANA; MARTÍN JUÁREZ, MERCÉDES. La fractura de cadera y la importancia del alta de enfermería. El nexo entre la enfermería especializada y comunitaria.. Rev Paraninfo Digital 2010; IV (9) disponible en : <http://www.index-f.com/para/n9/i049.php> .Consultado el 12-11.2009

MIGUEL GIL, BEATRIZ, PÉREZ ROMERO, NIEVES, MASVIDAL ALIBERCH, ROSA M, FRUTOS GALLEGU, ELISA DE, RAURICH BOTTIFLER, FELIPE Y COSTA RAMONEDA, TERESA. Valoración del estado vacunal de la población pediátrica inmigrante a su llegada a un área básica de salud de Barcelona y a los 12 meses. *Enferm Clínica*. 2006; 16(6):314-320.

MIRANDA RODRÍGUEZ, JOSÉ DAMIÁN; SEVILLA MOTA, CARMEN. Mejora del control metabólico mediante Educación diabetológica grupal. *Rev. Paraninfo digital* 2011; 12. Disponible en <http://www.index-f.com/para/n11-12/pdf/132d.pdf> (Consultado el 13 de Octubre del 2012)

MIRET GARCÍA, MARÍA TERESA; BERNAL TE BENÍTEZ, ÁLVARO; GALA LEÓN, FRANCISCO JAVIER Y LUPIANI JIMÉNEZ, MARÍA MERCEDES. El señalamiento de la cronicidad, la transformación en el área de lo público y la influencia de los enfermeros en la formación de un cuasi grupo. *Cul Cuid*. 2009; XIII (25):54-61.

MOLINA MOLINA, MARTA, SÁNCHEZ GARCÍA, ANA, HERNÁNDEZ AGUILERA, ALICIA, ROMÁN RODRÍGUEZ, ANTONIA, GONZÁLEZ SÁNCHEZ, CARMEN Y VIDAL GALIANO, ISABEL. Afrontamos nuevos retos: atención a la comunidad. *Evidentia*. 2005; Año 2(6). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n6/158articulo.php>. Consultado el: (Consultado el 19 de Nov. de 2010)

MOLINÉS BARROSO, RAÚL JUAN, ÁLVARO ALFONSO, FRANCISCO JAVIER, RODRÍGUEZ LORENZO, SILVIA Y LÁZARO MARTÍNEZ, JOSÉ LUIS. Revisión bibliográfica sobre el enfoque integral del paciente con pie diabético en la consulta de enfermería de atención primaria. *Rev. ENE Enferm*. 2007 dic.; (1):45-55.

MONLEÓN JUST, MANUELA, NIETO GARCÍA, ESTHER, ESCALERA ABAD, CARMEN, CARRO DE BLAS, BERTA, LOZANO RUIZ, ALICIA Y FERNÁNDEZ NAVARRO, FRANCISCO M. Participación Comunitaria para niños, personas mayores y profesionales de la enseñanza y la sanidad. *Nure Inv*. 2006; 3 (23).

MONTEROS MORALES, C, ÁLVAREZ VARGAS, C, ECHEVARRIA ZAMANILLO, M, PÉREZ ALONSO, J, SÁNCHEZ GÓMEZ, MB Y DUARTE CLIMENTS, G. TRATAR LA OBESIDAD: EL PLATO FUERTE DE LA ATENCIÓN PRIMARIA. *Rev. Paraninfo Digital*. 2008; II(5). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n5/o081.php> (Consultado el 13 de Nov. De 2009)

MONTESÓ CURTO, PILAR; AGUILAR MARTÍN, CARINA; LLETÍ ESTUPIÑÁ, SUSANA. Dificultades laborales-familiares del personal de enfermería de Atención Primaria. *Enferm Comunitaria (Gran)* 011; 7(1) Disponible en: <http://www.index-f.com/comunitaria/v7n1/ec7244.php>(Consultado el: 3 de Nov. de 2012)

MORA JIMÉNEZ MAGDALENA ¿Sabemos cuidarnos las enfermeras? Resumen de Póster. IV congreso ASANEC. Asociación andaluza de enfermería comunitaria. Atención a la dependencia en el espacio comunitario. *Evidentia* 2006; 3(7). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/216-2articulo.php> [ISSN: 1697-638X]. (Consultado el 10 Dic. de 2010)

MORALES CAMACHO, VANESA, SANTONJA SEGUÍ, RAQUEL Y PARRA SORIANO, IRENE. Problemas en la adolescencia: Hablemos de drogas. *Invest & Cuid*.2005; 3((7): 24-30.

MORALES GÓMEZ CAMBRONERO, ISABEL M^a. Heridas crónicas. El día a día, sin dudas. *Enfermería de C. Real* 2010; 57:28-29 disponible en: http://www.enfermeriadediciudadreal.com/papel_digital.asp?idpapel=57.(Consultado el 12 de Nov. de 2012)

MORALES GÓMEZ, ISABEL M^a. Heridas crónicas. Agentes tópicos. *Enfermería de C. Real*.2010; 58:20. Diponible en I: http://www.enfermeriadediciudadreal.com/papel_digital.asp?idpapel=58 .(Consultado el 12 de Nov. de 2012)

MORALES GÓMEZ-CAMBRONERO, ISABEL MARÍA. Epistaxis: Atención de Enfermería. *Ciber Revista -Esp*.2011; Tercera época (20) Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/julio2011/pagina7.html>(Consultado el 12 de Nov. de 2012)

MORALES-ASENCIO JM, GONZALO-JIMÉNEZ, MARTÍN-SANTOS FJ, MORILLA-HERRERA JC, CELDRÁN-MAÑAS M, MILLÁN CARRASCO A, ET AL. Effectiveness of a nurse-led case management home care model in Primary Health Care. A quasi-experimental, controlled, multi-centre study. *BMC Health Services Res*. 2008; 8:193. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/193> (Consultado el12-11-09)

MORENO GÓMEZ, JUAN ANDRÉS. Tratamiento de úlcera venosa en atención primaria. *Enfermería Comunitaria (Rev. digital)* 2010, 6(1). Disponible en <http://www.index-f.com/comunitaria/v6n1/ec7085.php> (Consultado el 5 de Febrero de 2013)

MORENO PINA, JOSEFA PATRICIA; RICHART MARTÍNEZ, MIGUEL; GUIARO GORIS, JOSEF ADOLF; DUARTE CLIMENTS, GONZALO .Análisis de las escalas de valoración del riesgo de desarrollar una úlcera por presión. *Enferm Clínica* 2007; 17(4):186-197

MORENO TORRECILLA EM, NIETO BLANCO E, MORIANO BÉJAR P, VICENTE DEL HOYO M, MONTERO MARTÍN S, SERRANO MOLINA L. Propuestas para el cambio en el servicio visita domiciliaria en un área de atención primaria. *Rev. Paraninfo Digital*, 2007; 2. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n2/146.php>(Consultado el12-11-09)

MORILLA BERNAL, ÁNGEL FELIPE; MORILLA BERNAL, MARÍA MERCEDES. Implantación e Implementación de la metodología enfermera en Atención Primaria. *Rev. Paraninfo Digital*, 2007; 2. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n2/003.php> (Consultado el 12 de Dic de 2012)

MORILLA HERRERA, JUAN CARLOS coord. Aportaciones ASANEC al libro blanco de la dependencia. Primera. Málaga: Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria, 2005. 86 p. J-442-2005. Libro Divulgativo. 2A-APO-2005.

MUÑOZ HERRERO, MAITE; BUENO BAUTISTA, ALICIA. Medida del índice tobillo-brazo en las consultas de Enfermería de Atención Primaria *Metas Enferm* 2010; 13(2):14-17

NAVARRO ARBONA, MIRIAM. La importancia de la Atención Primaria en el proceso del duelo. *Educare21 -Esp-*. 2009 ene; 52:1-7.

NAVARRO AVAL ENCARNA; ALONSO LÓPEZ, RAQUEL; RODRIGO MATA, MAITE; PANCHO GARCÍA, JOSÉ M^a; ROMERO FERNÁNDEZ, ANA ROCIO. Los informes de las condiciones de salud: la opinión de las enfermeras. *Rev. Paraninfo Digital*, 2008; 3. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/p150.php> (Consultado el12-11-09)

NAVARRO MAESTRE, ESTHER. ¿Quién cuida al que cuida? *Metas Enferm*. 2008; 11(2):21-25.

NAVARRO MONZÓN, M^a AMPARO, GONZÁLEZ JÓDAR, NICOLÁS, RAMOS, JOSÉ JUAN Y MONTAGUT MONDEJAR, JUAN PEDRO. El perfil de la Red Informa de cuidados en el Distrito Levante Alto Almanzora. Resumen de Póster. IV congreso ASANEC. Asociación andaluza de enfermería comunitaria. Atención a la dependencia en el espacio comunitario. *Evidentia* 2006; 3(7). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/216-2articulo.php> [ISSN: 1697-638X]. (Consultado el 13 de Feb. de 2013)

NAVARRO MOYA, FJ; VIGUERAS LORENTE, MD; RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, MC; NICOLÁS VIGUERAS, MD; NICOLÁS VIGUERAS, AB ¿Es necesaria y efectiva la promoción de la salud en la escuela? A propósito de una intervención sobre hábitos tóxicos. *Enferm Global - Esp-* 2006 may; 8 Disponible en : <http://www.um.es/eglobal/8/08b07.html> (Consultado el 201 de Nov. de 2010)

NIETO BLANCO, ESTHER; SALVADOR MORAN; M^a JESÚS. La enfermera de soporte en las residencias de ancianos Gerokomos 2008 ene-mar19 (1):21-27

NIETO GARCÍA, ESTHER; CASADO LOLLANO, AMPARO; DOMINGO MARTÍN, RAFAEL; DEL PINO CASADO, BENITO; MONLEÓN JUST, MANUELA; DÍAZ GÓMEZ, JORGE; VILLACAÑAS NOVILLO, EMILIA; CANTERO GARCÍA, PURA; SÁNCHEZ PÉREZ, COVADONGA; DOMÍNGUEZ RUIZ, MARGARITA. Coste de las intervenciones enfermeras en la atención domiciliaria de atención primaria. *Metas Enferm*, 2006; 9(9):50-56

NÚÑEZ FERIA R. ¿Mejora el manejo del régimen terapéutico y el control metabólico de los diabéticos tipo II que acuden a talleres de educación sanitaria grupal? *Evidentia* 2006; 3(12). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n12/277articulo.php> [ISSN: 1697-638X]. (Consultado el 13 de Feb. de 2013)

NÚÑEZ SÁNCHEZ, D, RODRÍGUEZ PEREIRA, M, FORJÁN LOZANO, E, GARCÍA PRAT, MC Y RAMÍREZ LÓPEZ, JUAN. Programa de Tratamiento de Deshabitación de Opiáceos en un Distrito de Atención Primaria. *Evidentia*. 2006 .; Año 3). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/216-2articulo.php> [ISSN: 1697-638X]. Consultado el19 de Nov. de 2010)

OCAÑA MORENO, M.L; ARAUJO BUENO, M.L; SÁNCHEZ RODRÍGUEZ, R; GÓMEZ LÓPEZ, A; DÍAZ MARTINO, J. Proyecto para facilitar y formar en cuidados domiciliarios a cuidadoras formales en Zona Básica de Algeciras. *Rev. Paraninfo Digital*, 2008; 3. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/p147.php> (Consultado el 12 de Nov. de 2011)

OLTRA RODRÍGUEZ, ENRIQUE; SÁNCHEZ QUIROGA, PAZ; GONZÁLEZ ALLER, CRISTINA; CORTÉS PINTO, ROSA Los jóvenes deciden dónde, cómo y cuándo quieren su Consulta Joven. *Enferm Comunitaria (Gran)* 2006; 2(2) Disponible en: <http://www.index-f.com/comunitaria/v2n2/ec6402.php> (Consultado el 20 de Nov. de 2010)

ORIHUELA R. HERAS A. POZO M. Monofilamento 5.07 uso en las consultas de Enfermería de Atención Primaria Revista Rol de Enfermería, 2005; 28(12), PP: 43 -47.

ORTA GONZÁLEZ, MANUEL ALBERTO; RODRÍGUEZ MUÑIZ, ROSA MARÍA; PRIETO TINOCO, JUAN. Atención al cuidador/a principal desde Atención Primaria de Salud. Metas enfermería 200710 (6) 18-22 0458

ORTA GONZÁLEZ, MANUEL, RODRÍGUEZ MUÑIZ, ROSA MARÍA Y PRIETO TINOCO, JUAN. Educación para la salud desde atención primaria. Rev. ROL Enferm. 2007; 30(4):15-17.

ORTEGA FRAILE, INMACULADA, RÍO RUIZ, JOSEFA, VILLALOBOS BRAVO, MERCEDES, MARTÍN CARRETERO, Mª LUISA, BURGOS VARO, Mª LUZ, MUÑOZ COBOS, FRANCISCA Y CARRASCO RODRÍGUEZ, AMALIA. Relatos biográficos de mujeres víctimas de violencia de género. Resultados preliminares. Rev. Paraninfo Digital. 2007; Año 1(2). Disponible en: <<http://www.index-f.com/para/n2/148.php>> (Consultado el 19 de Nov. de 2010)

ORTEGA GALÁN, ÁNGELA Mª COORD. Manual de bioética para los cuidados de enfermería. Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria, Almería 2010

PACHECO LÓPEZ, Mª ISABEL, ARANGO ORTEGA JUANA Mª, NAVA DEL VAL ANTONIA, ROMÁN ANDRADES Mª TERESA, EGEA FERNÁNDEZ ANA FELICIDAD. Censo y procedencia del material ortoprotésico de la zona básica de salud de Marbella Resumen de Comunicaciones. IV congreso ASANEC. Asociación andaluza de enfermería comunitaria. Atención a la dependencia en el espacio comunitario. Evidentia 2006; 3(7). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/216-1articulo.php> [ISSN: 1697-638X]. (Consultado el 10 Feb. 2012)

PALOMAR GALLARDO, CINTA; MERINO NAVARRO, DOLORES; GONZÁLEZ RODRÍGUEZ, ANGUSTIAS; ARANA ÁLVAREZ, RAQUEL .Taller de Bioenergética: La promoción del bienestar de personas enfermas y familiares en el contexto de un proyecto de intervención comunitaria. Rev. Paraninfo digital 2008; 2(3).

PANCORBO HIDALGO, P., GARCÍA FERNÁNDEZ, F., LÓPEZ MEDINA, I., & LÓPEZ ORTEGA, J., Protocolos y documentación de los cuidados de prevención y tratamiento de las úlceras por presión: Análisis de la situación en Andalucía. Gerokomos. Revista De La Sociedad Española De Enfermería Geriátrica y Gerontológica 2005; 16:219-228

PARDO ROMERO, MARÍA; GALINDO PELAYO, JOAQUÍN; ROJAS MESA, JUAN MANUEL; SUÁREZ SÁNCHEZ, DOLORES; OLIVA OLIVA, JOSÉ MANUEL; PALENZUELA ANDÚJAR, SONIA. Estado de bienestar y gestión de análisis clínicos en consulta de enfermería Rev Paraninfo Digital 2011; Año V(14)Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n14/pdf/130d.pdf>{ Consultado el 12 de 12 de Junio d 2012)

PAJEJO VELASCO, M.C., NOFUENTES GILA, A.M.; PÉREZ MOLINA, G. FERNÁNDEZ LAO, I.; MARTÍNEZ MENGIBAR, E. ; MIRALLES NÚÑEZ, C.M. .Sonda gástrica percutánea: nuestra experiencia en imágenes en Almería Resumen de Comunicaciones. IV congreso ASANEC. Asociación andaluza de enfermería comunitaria. Atención a la dependencia en el espacio comunitario. Evidentia 2006; 3(7). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/216-1articulo.php> [ISSN: 1697-638X]. (Consultado el 10 de Nov. de 2009)

PARRA VÁZQUEZ, JOSEFA; SECO PÉREZ, TRINIDAD; ALFONSO DALDA, SUSANA; LIMA SERRANO, MARTA, EL CINE COMO HERRAMIENTA PARA LA EDUCACIÓN Sexual con jóvenes. Una propuesta de intervención. Rev. Paraninfo Digital 2008 Año 2(3) Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/p198.php> (Consultado 2 de Febrero de 2013)

PASTOR LÓPEZ ÁNGELES, PÉREZ SARMIENTO CRISTINA, MALDONADO BARRERA Mª ISABEL, LLUCH FERNÁNDEZ CONCEPCIÓN, PRADOS CASTILLEJO JOSÉ ANTª. Dependiendo de un cuidador formal, caso clínico .Resumen de Comunicaciones. IV congreso ASANEC. Asociación andaluza de enfermería comunitaria. Atención a la dependencia en el espacio comunitario. Evidentia 2006; 3(7). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/216-1articulo.php> [ISSN: 1697-638X]. (Consultado el 12 de Nov. de 2009)

PASTOR LÓPEZ, ÁNGELES. Un año de trabajo como enfermera de enlace: una experiencia Resumen de Póster. IV congreso ASANEC. Asociación andaluza de enfermería comunitaria. Atención a la dependencia en el espacio comunitario. Evidentia 2006 ene-feb; 3(7). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/216-2articulo.php> [ISSN: 1697-638X]. (Consultado el12 de Nov. de 2012)

PASTOR LÓPEZ, ÁNGELES; JABALERA RAMÍREZ, MONTSERRAT; LUNA MORALES, SILVIA. Experiencia del trabajo grupal en una zona de transformación social. Rev Paraninfo Digital 2011; Disponible en: www.index-f.com/para/n11-12/132d.php (.Consultado el 13 de Octubre del 2012)

PEDROSA, NORA, ALBIZ, MARIBEL DE Y ROA, ROSA. Utilización del reservatorio subcutáneo en atención primaria. Oñiarri. 2007 dic.; (53):22-27.

PELAYO BANDO, SALUD; ALCAIDE AMORÓS, ROSA; BUENO FERRÁN, MERCEDES; GASPAS NAVARRO, OLGA; GONZÁLEZ JIMÉNEZ, ALBERTO; LÓPEZ RODRÍGUEZ, LUIS. Cuidando a pacientes de Alzheimer: la visión de las cuidadoras. Biblioteca Lascasas, 2011; 7(1). Disponible en <<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0573.php>> (Consultado el 12 de Nov. de 2012)

PEÑACOBIA MAESTRE D, FRANCO VIDAL A. Perfil de las personas mayores de 75 años que acuden a un centro de salud. Enferm Comun 2005; 1(1). Disponible en:http://www.index-f.com/comunitaria/1revista/1_articulo_29-34.php(Consultado el 10 de Feb. de 2013)

PÉREZ DE LOS SANTOS, OLGA; MONTERO FERNÁNDEZ, DIEGO; PINO MESAS, ROSA; GUTIÉRREZ CABALLERO, JOSÉ MANUEL; GÓMEZ MANZANO, RAFAEL; CAPOTE CASTILLO, JUAN MANUEL. Sustitución de la sonda de gastrostomía percutánea en el ámbito domiciliario. Rev. Paraninfo Digital, 2008; 3. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/p133.php>(Consultado el 13-11-09)

PÉREZ OLIVENCIA, LOURDES. Inyectables a domicilio y curas. Una duda sobre los criterios, el coste de oportunidad y la equidad. Evidentia. 2007; Año 4(17). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n17/368articulo.php> [ISSN: 1697-638X. (Consultado el 10 de Nov. de 2009)

PÉREZ, JAVIER JUAN; GARAY VENANCIO, IVAN; PEREGRÍN, ANA MARÍA. Enfoque comunitario: la derivación de casos a otros profesionales. Evidentia 2006; 3(7) Disponible en: [http](http://www.index-f.com/evidentia/n3/368articulo.php) (Consultado el 13 de nov. de 2010)

PERICÀS BELTRÁN, JORDI, BENNASAR VENY, MIGUEL, GONZÁLEZ TORRENTE, SUSANA, SEGUÍ GONZÁLEZ, PRISCILA Y DE PEDRO GÓMEZ, JOAN ERNESTO. Tabaquismo en enfermeras de Atención Primaria: Factores que influyen en su inicio y mantenimiento. Índex Enferm. 2009.; 18(1):23-27.

PERICÀS BELTRÁN, JORDI, GIRAUTA REUS, HELENA, BENNASAR VENY, MIGUEL Y GONZÁLEZ TORRENTE, SUSANA. Intervención enfermera de deshabituación tabáquica en atención primaria. Metas Enferm. 2007 jun.; 10(5):20-24.

PINO MESAS, ROSA DELIA. La satisfacción del cuidado. Arch Memoria. 2006; 3(2). Disponible en <http://www.index-f.com/memoria/3/n20603.php>(Consultado el 13 de Nov. de 2010)

PINO, BENITO DEL. Atención de enfermería frente al tabaquismo en atención primaria de salud. Deshabituación tabáquica. Enferm Facultativa -Esp-. 2006 Feb.; 93:16-17.

POLANCO TEIJO, FLAVIA. Descentralización del control de la anti coagulación oral en un centro de salud rural en Galicia. Enferm Comunitaria (Gran). 2007; 3(2). Disponible en <<http://www.index-f.com/comunitaria/v3n2/ec6491.php>> (Consultado el 12 de Nov. de 2009)

POLEY GUERRA, ALFREDO JESÚS, PÉREZ GALÁN, RICARDO JOSÉ Y GARCÍA VELÁZQUEZ, MARÍA DEL CASTILLO. El shock anafiláctico en el ámbito extrahospitalario. Educare21 -Esp-. 2009 ene; 52:1-6.

PONCE GONZÁLEZ, JOSÉ M^a. Los cuidados al final de la vida. Enferm Comunitaria (Gran). 2006 n; 2(1) Disponible en: <http://www.index-f.com/comunitaria/v2n1/a38-42.php>(Consultado el 20 de Nov. de 2010)

PONCE GONZÁLEZ, JOSÉ MARÍA; MUÑOZ GALLARDO, MARÍA JOSÉ; BOHÓRQUEZ JIMÉNEZ, BEATRIZ .Efectividad en la educación diabetológica grupal. Enferm| 2009; 5(2) Disponible en: <http://www.index-f.com/comunitaria/v5n2/ec7052.php> .(Consultado el 12 de Junio de 2012)

PONCE GONZÁLEZ, JOSÉ MARÍA; MUÑOZ GALLARDO, MARÍA JOSÉ; BOHÓRQUEZ JIMÉNEZ, BEATRIZ .Efectividad en la educación diabetológica grupal Enferm Comunitaria (Gran) 2009 jul-dic; 5(2): <http://www.index-f.com/comunitaria/v5n2/ec7052.php>.(Consultado el 20 de Nov. de 2010)

PORTILLO BOYERO, BE, TOMICO DEL RÍO, M, GARCÍA CARMONA, S, SÁNCHEZ GONZÁLEZ, JM Y SANTIAGO MARTÍNEZ, CARRASCO MATEO C. Conocimientos sobre sexualidad tras la realización de unos talleres de educación afectivo-sexual a adolescentes de 3º de la ESO de un instituto del área 4 de Madrid. Rev. Paraninfo Digital. 2007; Año 1(2). Disponible en: <<http://www.index-f.com/para/n2/036.php>>. (Consultado el 20 de Nov. de 2010)

PRIETO TINOCO, JUAN, COTILLA FRANCO, JUAN MANUEL, ESTÉVEZ MARAVER, RAFAEL Y CRUZADO SUÁREZ, MERCEDES. Documento de consenso en la atención sanitaria interniveles a pacientes con alta complejidad de cuidados. Rev. Tesela. 2008; 2(3). Disponible en: <http://www.index-f.com/tesela/ts3/ts6395.php> (Consultado el 10 de Nov. de 2009)

PRIETO TINOCO, JUAN; COTILLA FRANCO, JUAN MANUEL; FRIGOLET MACERAS, PEPA; PÉREZ NARANJO, PEDRO MANUEL; POYATO POYATO, FRANCISCO; VILLALOBOS MUÑOZ, PASTORA. Asignación de material ortoprotésico del plan de apoyo a la familia en el Distrito Sanitario Condado -Campiña) Distrito Sanitario Condado-Campiña, La Palma del Condado (Huelva Resumen de Comunicaciones. IV congreso ASANEC. Asociación andaluza de enfermería comunitaria. Atención a la dependencia en el espacio comunitario. Evidentia 2006; 3(7). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/216-1articulo.php> [ISSN: 1697-638X]. (Consultado el 10 se Feb. 2009)

PUIG GIRBAU, NURIA; LLADÓ BLANCH, Mª MAGDALENA. Protocolo de actuación ENLACE-PREALT. Metas Enferm 2011; 14(6):8-12. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com> (Consultado el 12 de Nov. de 2012)

PUIG-GIRBAU, M. NÚRIA; LLADÓ-BLANCH, M. MAGDALENA; SECO-SALCEDO, M. CARMEN; GÓMEZ-SALDAÑA, ANA; MEDINA-PERALTA, MANUEL; RIERA-TORRES, ROSER; PERA, GUILLEM .Evaluación de una intervención educativa grupal en el control de pacientes con riesgo cardiovascular Enferm Clínica 2011 ; 21(5):238-247

PUIGVERT VILALTA, MARGARITA; JOVER MALLOL, MONTSERRAT; BOIXÉS SAÑA, DOLORS; LLAVERIA FERNÁNDEZ, JACQUELINE; ROIG ANTUNER, CRISTINA; GÓMEZ RAMOS, CARMEN. Rol de las Enfermeras en la Atención Urgente en un Centro de Salud. Rev ENE Enferm 2011; 5(1):33-38 Disponible en: <http://enfermeros.org/revista/index.html> Consultado en: 12 de Junio de 2012.

PUJAZÓN RODRÍGUEZ, ROCÍO; VALDERRAMA MARTÍN, ANTONIA B; ROMERO GONZÁLEZ, JOSÉ M. Sectorización de la Atención Enfermera en la Zona Básica Huelva Rev. Tesela 2008 Disponible en: <http://www.index-f.com/tesela/ts4/ts6685.php> (Consultado el 10 de Nov. de 2009)

PUJAZÓN RODRÍGUEZ, ROCÍO; VALDERRAMA MARTÍN, ANTONIA BEATRIZ; ROMERO RODRÍGUEZ, JOSÉ MARÍA. Percepciones de la población sobre la sectorización de la atención enfermera. Biblioteca Lascasas, 2009; 5(2). Disponible en <<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0413.php>> (Consultado el 13 Junio de 2012)

PULEO, ALICIA H Ecofeminismo .para otro mundo posible Ed Cátedra Madrid 2013

PULPÓN SEGURA, ANNA M; ECARTÉ ICEN, Mª TERESA; GONZÁLEZ CARRIÓN, FRANCISCO; GONZÁLEZ CARRIÓN, BEGOÑA, MACERES FERRER, OSCAR. Satisfacción en los pacientes atendidos en consultas de enfermería. Tesela [Rev. Tesela] 2007; 2. Disponible en <<http://www.indexf.com/tesela/ts2/ts6543.php>> Consultado el 9 de Septiembre de 2008

QUIJANO SÁNCHEZ, JOAQUÍN .Sectorización geográfica de la actividad enfermera en atención primaria: análisis del impacto en los profesionales Rev Tesela 2011; 1º semestre (9) Disponible en: <http://www.index-f.com/tesela/ts9/ts7596.php> (Consultado el 13 Junio de 2012)

QUIÑONES PÉREZ, MARTA; GONZÁLEZ FERNÁNDEZ, MARTA; SUTIL PELLITERO, CARMEN; GONZÁLEZ MARCOS, NOELIA. Premio a la comunicación mejor valorada por los congresistas: Nanda, Nic, Noc: los grandes desconocidos en castilla y león. ciber revista -Esp-2009; 6:5 disponible en: ` <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/abril/pagina5.html>.consultado el 10 de feb. de 2013.

RAMÓN-CABOT, JOANA, FERNÁNDEZ-TRUJILLO, MONTSERRAT, FORCADA-VEGA, CARMEN Y PERA-BLANCO, GUILLEM. Efectividad a medio plazo de una intervención educativa grupal dirigida al cuidado de los pies en pacientes con diabetes tipo 2. Enferm Clínica. 2008; 18(6):302-308.

RAMOS CANO, ANA; RÍOS RUIZ, Mª VICTORIA; LÓPEZ CAMPOS, PAULINO; NUEVO ABALOS, JESÚS; ALARCÓN MORALES, SALVADOR; CASTILLO BONILLA, JOSÉ DAMIÁN. Percepción de las cuidadoras de enfermos terminales, tras el duelo, sobre la accesibilidad y

competencia profesional enfermera. Rev. Paraninfo Digital, 2007; 2. Disponible en: <<http://www.index-f.com/para/n2/154.php>> (Consultado el 12-11-09)

RAPP FERNÁNDEZ, PILAR; GONZÁLEZ PASCUAL, JUAN LUIS; SILLA FRANCO, MANUELA; SOBRADOS FERRADAL, CASTILLO; VILLALBA GONZÁLEZ, FELICIDAD; LORA PABLOS, FÉLIX. Perfil del tutor de prácticas clínicas de pregrado de enfermería comunitaria en el área 11 de atención primaria del instituto madrileño de la salud (IMSALUD) XXV Sesiones de trabajo de la asociación española de enfermería docente. La enfermería en la Europa del conocimiento: futuro entorno del desarrollo Madrid Asociación Española de Enfermería Docente 2005

RAYA TENA, A. Enuresis primaria en niños. Revista Rol De Enfermería 2006; 29: 756-760.

REY, C, GONZÁLEZ, MP, OLESTI RIBES, A, POBLET, C Y RIUS, B. ¿Es la población inmigrante más demandante de servicios sanitarios que la población autóctona? Rev. Paraninfo Digital. 2007; Año 1(2). Disponible en: <<http://www.index-f.com/para/n2/089.php>> (Consultado el 18 de Nov. de 2010)

REYES MELIÁN, JM; DUARTE CLIMENTS; IZQUIERDO MORA, D. Análisis de la situación y líneas de desarrollo en enfermería de atención primaria. Biblioteca Lascasas 2006; 2 (1). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0099.php>(Consultado el 13 Dic. de 2013).

RINCÓN DEL TORO, TERESA, PIQUÉ PRADO, EVA Y GIL GÓMEZ, RICARDO. Prevalencia de sobrepeso, obesidad y alteración de la nutrición por exceso en población infantil de una zona básica de salud. Metas Enferm. 2009 oct.; 12(8):8-11.

RODRÍGUEZ CASTILLA, FRANCISCO, RAMOS MORCILLOS, ANTONIO JESÚS Y FERNÁNDEZ SALAZAR, SERAFÍN. Infecciones de transmisión sexual. Metas Enferm. 2009 jun.; 12(5):50-55.

RODRÍGUEZ CUETOS, ME. Apoyo y seguimiento en el abandono tabáquico desde una consulta de enfermería en Atención Primaria. Educare 21 -Esp-. 2006 mar; 24

RODRÍGUEZ GÓMEZ, SUSANA; LACIDA BARO, MANUELA; CABALLERO ALGARÍN, M^a DEL MAR; GARCÍA AGUILAR, ROCÍO A; PÉREZ HERNÁNDEZ, ROSA M^a; LÓPEZ ALONSO, SERGIO R. Manual de la Gestión de Casos en Andalucía: Enfermeras Gestoras de Casos en Atención Primaria Biblioteca Lascasas 2007 3(2) Disponible en <<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0245.php>> Consultado el 12 de Dic. de 2010

RODRÍGUEZ MUÑIZ, ROSA MARÍA, ORTA GONZÁLEZ, MANUEL ALBERTO Y AMASHTA NIETO, LAYLA. Administración subcutánea de Metrotexato en atención primaria. Enferm Comunitaria (Gran). 2007; 3(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/comunitaria/v3n1/ec6532.php> Consultado el: 20 de Nov. de 2010

RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, M^a ÁNGELES. El Cambio tan esperado. Iniciando una nueva trayectoria profesional. Arch Memoria. 2009; 6(1). Disponible en <<http://www.index-f.com/memoria/6/ar30814.php>> Consultado el 18 de Nov. de 2010

ROMAGUERA BOSCH, M., ANTÓN ÁLVAREZ, J., DURÁN BELLIDO, E., HERAS TEBAR, A., PEÑA CHIMENIS, O., & SERRAT SESÉ, A., Prescripción de ejercicio físico. Revista Rol De Enfermería 2006; 29, 264-270.

ROMERO COLLADO, ÁNGEL. Cuidados enfermeros a un paciente con una úlcera isquémica en la extremidad inferior Metas Enferm 2010; 13(9): 16-20

ROMERO GUARDEÑO, ARACELI Y PÉREZ LUCENA, DORIS AMALIA. Sistema de medición y control ambulatorio de los niveles de anticoagulación. Sistema CoaguChek XS. Rev. ROL Enferm. 2009 mar; 32(3):51-56. .

ROMERO RUIZ, A., TRONCHONI DE LOS LLANOS, JAVIER, TORRE DÍAZ, SANTIAGO DE LA, IÑIGUEZ SÁNCHEZ, C., GARCÍA GARCÍA, R., & RAMÍREZ RAMÍREZ, G Valoración cualitativa de las sugerencias realizadas por los usuarios de una consulta de tratamiento anticoagulante oral . Enferm Docente -Esp-. 2005 ene-abr.; 81:34-36 Disponible en: <http://www.index-f.com/edocente/php/81-34.php>(Consultado el 19 de Nov. 2009)

ROMERO VIZOSO, MARGARITA; LÓPEZ MUÑOZ, JOSÉ .Cuidando en la Comunidad: Taller de Promoción de la Salud en Centros de Adultos. Rev. Paraninfo Digital 2008; Año 2(3) disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/p053.php> (Consultad o el 13 de Dic. de 2010)

RUIZ MARISCAL, EMILIA, RODRIGO DURÁN, CRISTINA, GONZÁLEZ CARRIÓN, BEGOÑA Y PARELLADA ESQUIUS, NEUS. Evaluación del programa de enfermería de deshabituación tabáquica. *Metas Enferm.* 2006; 8(10):51-55.

SÁNCHEZ GARCÍA, OLGA; DOMÍNGUEZ RODRÍGUEZ, M^a DEL CARMEN. Plan de Cuidados de Enfermería para el paciente en situación de Agonía en Atención Primaria *Rev. ENE Enferm* 2010 4(2):71-82

SÁNCHEZ MONFORT, JOSEP. Registro informático de los cuidados enfermeros al fumador, *Cuid y Educ* 2006; mayo (XI):20-23 Disponible en : http://www.seapremur.com/Revista_Mayo_2006/revista_Mayo_2006.htm .(Consultado el : 13 de Nov. de 2010)

SÁNCHEZ ROBLES, R, PÉREZ PÉREZ, R, MUÑOZ RUIZ, PJ, POZUELO GALÁN, E Y VIDA GONZÁLEZ, M. ITAO: Implantación del Tratamiento Anticoagulante Oral Descentralizado en pacientes crónicos con inteligencia artificial. *Rev. Paraninfo Digital.* 2007; Año 1(2). Disponible en : <<http://www.index-f.com/para/n2/061.php>> (Consultado el 12 de Nov. de 2009)

SANJUÁN QUILES, ÁNGELA; ALIAGA SÁNCHEZ, M^a CARMEN; MARTÍNEZ RIERA, JOSÉ RAMÓN. Semana de Salud, aula abierta para la integración de conocimientos e interrelación con la comunidad. *Metas* 2011 |;14(7):54-59 Suponible en :<http://www.enfermeria21.com> (Consultado el 20 de dic. de 2012)

SARRIÓ, A. [Fibromialgia en atención primaria. El papel de la educación sanitaria de enfermería] *Fibromialgia en atención primària. Paper de l'educació sanitària en infermeria.* *Enferm Integral.* 2005 jun.; 70:39-42.

SEGOVIA GÓMEZ, T; JAVARES CURTO, T; BARAHONA, M; VERDÚ SORIANO, J. Cuidados en piel perilesional o con riesgo de lesión. Resultados de la aplicación de una emulsión de ácidos grasos hiperoxigenados con aloe barbadensis y mimosa teniflora (MEPENTOL LECHE).*Rev.* 2007; 30(10):683-688.

SERRANO DEL ROSAL, RAFAEL; RANCHAL ROMERO, JULIA. La importancia e invisibilidad de las enfermeras en atención primaria de salud *Rev. Índex de Enfermería* 2010; 19(1):9-13 disponible en <<http://www.index-f.com/index-enfermeria/v19n1/7058.php>> (consultado el: 12 de marzo de 2011)

SERRANO MOLINA, LUCÍA; NIETO BLANCO, ESTHER; MORIANO BÉJAR, PURIFICACIÓN; VICENTE DEL HOYO, MÓNICA; MONTERO MARTÍN, SUSANA; MORENO TORRECILLAS, EVA M^a; DÁVILA ÁLVAREZ, VICTORIA. Análisis de las necesidades y expectativas de pacientes, cuidadores familiares y cuidadores contratados en el servicio de visita domiciliaria en Atención Primaria. *Enfermería Comunitaria (Rev. digital)* 2011, 7(1). Disponible en <http://www.index-f.com/comunitaria/v7n1/ec7287.php>(Consultado el 12 de Nov. de 2012)

SERRANO RODRÍGUEZ, ADORACIÓN; BAENA DOMÍNGUEZ, ANA MARÍA; LEÓN CRUZ, MARÍA JOSÉ; AGUILAR SERRANO, ALICIA. Cuidemos a nuestros cuidadores *Rev. Paraninfo digital* 2008 Año 2(3) Disponible en: <<http://www.index-f.com/para/n3/p133.php>> (Consultado el 13-11-09)

SILES GONZÁLEZ, JOSÉ. Educación, enfermería comunitaria y paradigmas científicos. *Cuidar y Educar* 2006 ;(XI):28-31 disponible en: http://www.seapremur.com/Revista_Mayo_2006/revista_Mayo_2006.htm.(Consultado el. 18 de Nov. de 2010)

SILVANO ARRANZ, AGUSTINA, LÓPEZ GONZÁLEZ, M^a DEL MAR, OLEA MARTÍNEZ, CARMEN, MARTÍNEZ LORENZO, ANTONIA, FERNÁNDEZ LAO, ISABEL Y TORRES ALEGRE, PILAR. Efectividad de la intervención enfermera en el riesgo de caídas. Resumen de Comunicaciones. IV congreso ASANEC. Asociación andaluza de enfermería comunitaria. Atención a la dependencia en el espacio comunitario. *Evidentia* 2006 ene-feb.; 3(7). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/216-1articulo.php> [ISSN: 1697-638X]. (Consultado el 12 de Nov. de 2012)

SOLÍS CARPINTERO, LETICIA. El duelo en la consulta de Enfermería. *Educare21 -Esp-*. 2008 mayo; 46.

SOTO, CÁMARA RAÚL Y SANTAMARÍA CUESTA, INMACULADA. Prevalencia del Burnout en la enfermería de atención primaria. *Enferm Clínica.* 2005; 15(3):123-130.

TAMAME SAN ANTONIO, MARTA, MORALEDA ASENSIO, SANDRA, JIMÉNEZ RUMÍ, M^a TRINIDAD Y DE LA TORRE CHAVARRI, ISABEL. Uso de antisépticos en la cura umbilical en atención primaria. *Metas Enferm.* 2007 nov.; 10(9):27-31.

TIRADO PEDREGOSA G. El adhesivo tisular es seguro en heridas de cortes sencillos para niños frente a sutura. *Evidentia.* 2007; 4(18). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n18/404articulo.php> [ISSN: 1697-638X]. (Consultado el 12 de Nov. de 2010)

TIRADO PEDREGOSA, GERARDO Y SÁNCHEZ RUIZ, MÁXIMO JUAN. ¿Debe ser utilizado el AMPA para el diagnóstico de la HTA en pacientes sensibles a la bata blanca? Una revisión de evidencias. Evidentia. 2007; Año 4(15). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n15/328articulo.php>.(Consultado el 10 de Nov. de 2012)

TIZÓN BOUZA, EVA; RUMBO PRIETO, JOSÉ MARÍA; GARCÍA RIVERA, MARÍA GEMMA; YÁÑEZ GONZÁLEZ, ELENA; MARCOS ESPINO, MIRIAM PAULA; ARANTÓN AREOSA, LUIS FERNANDO. La salud comunitaria como área prioritaria de investigación en la década 2000-2009. Rev. Paraninfo Digital, 2010; 9. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n9/i061.php> (Consultado el 1 de Febrero de 2013)

TORRES ALEGRE, PILAR; GARCÍA GARCÍA, PURIFICACIÓN; CALLEJÓN CALLEJÓN, ANA; HERNÁNDEZ BLANES, FRANCISCA; MARTÍNEZ MATILLA, ISABEL. El Screening de Incontinencia Urinaria a la mujer en la consulta de enfermería: una necesidad evidente. Evidentia 2006. ; Año 3(7) disponible en url: <http://www.index-f.com/evidentia/n7/216-1articulo.php>. (Consultado el 13 de Nov. de 2009)

USTRELL OLARIA, ANA Y AMORÓS-MIRÓ, GEMMA. Prevalencia de heridas de la piel en pacientes de atención domiciliar de 2 áreas básicas de salud de Barcelona: implicaciones en la práctica enfermera. Enferm Clínica. 2008; 18(5):232-238.

VALLEJO DE LA HOZ, GORKA; RODRÍGUEZ ÁLVAREZ, ELENA; LANBORENA ELORDUI, NEREA; MORENO MÁRQUEZ, GORKA. Comunitaria Enferm 2010 6(2) Disponible en:<http://www.index-f.com/comunitaria/v6n2/ec7341.php>.(Consultado el 13 de Nov. d 2010)

VÁSQUEZ-MORALES, ANDREA; SANZ-VALERO, JAVIER. PROMOCIÓN DE LA SALUD EN ANCIANOS. Intervenciones en personas mayores de 65 años. Rev. rol 2011; 34(11):16-24

VÁZQUEZ HACHERO, GABRIEL, PALANCO GONZÁLEZ, EVA M^a, PONCE DOMÍNGUEZ, JUANA, QUINTERO LEANDRO, MANUELA, RODRIGO MATA, M^a TERESA Y GÓMEZ PONCE, FRANCISCO. Calidad de vida en pacientes que reciben tratamiento con anticoagulantes orales en Atención Primaria. Enferm Comunitaria Gran). 2007; 3(2). Disponible en <http://www.index-f.com/comunitaria/v3n2/ec6593.php>(Consultado el12 de Nov. de 2009)

VÁZQUEZ MERINO, ANTONIO Miguel Duelo disfuncional inhibido como diagnóstico diferencial enfermero en problemas de Afrontamiento. Enferm Comunitaria (Gran) 2008; 4(2) Disponible en url: <http://www.index-f.com/comunitaria/v4n2/ec6731.php> (Consultado el: 12 d Nov. de 2012)

VÁZQUEZ SÁNCHEZ, MARÍA DE LOS ÁNGELES, CASTRO LÓPEZ, PILAR, CARRIÓN VELASCO, YOLANDA, VALERO CANTERO, INMACULADA, IGLESIAS PARRA, MARÍA ROSA Y REINA CAMPOS, MARÍA DE LOS REMEDIOS. La Prescripción Enfermera: una realidad. Rev. Paraninfo digital. 2008; Año 2(3).Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n10/p071.php> Consultado el Consultado el 12 de Nov. de 2009

VERDÚ SORIANO, JOSÉ; NOLASCO BONMARTÍ, ANDREU. Estudio "ALEA". Tratamiento de heridas crónicas infectadas mediante la aplicación de apósitos de plata nanocristalina combinados con apósitos hidrocelulares. Rev. ROL Enferm 2010; 33(10):6-14

VILLALOBOS GÁMEZ, G; MORALES MÁRQUEZ, A.M; CÁRDENAS GÁMEZ, E; PACHECO LÓPEZ, I.M; GÁMEZ GUTIÉRREZ, D; NAVA DEL VAL, M.A. Calidad de vida de las cuidadoras formales inmigrantes de la Zona Básica de Salud de Marbella. Rev. Paraninfo Digital, 2008; 3. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/o032.php> (Consultado el 12 de Nov. de 2011)

ZABALEGUI YÁRNOZ, ADELAIDA, CABRERA TORRES, ESTHER, FERNÁNDEZ PUEBLA, ALBERT GALLART Y BARDALLO PORRAS, DOLORES. La enfermería y el cuidado comunitario. Metas Enferm. 2005 Nov.; 8(9):8-12.

ZAPATA SAMPEDRO MARCO A; CASTRO VARELA, LAURA. Lesiones mixtas por humedad y presión.Educare21 2010; 70

ZAPATA SAMPEDRO, MA; MATUTE CABALLERO, MN; COBOS BOZA. Cuidado a personas con discapacidad severa. Caso clínico. Enferm Global 2007 ;(10): Disponible en: <http://www.um.es/ojs/index.php/eglobal/article/viewFile/248/235>. (Consultado el 12 de Nov. de 2010)

ZAPATA SAMPEDRO, MARCO A. Mal perforante plantar. Hygia de Enfermería 2007; XIV (66):46-50Disponible en: <http://www.colegioenfermeriasevilla.es/Publicaciones/Hygia/>(Consutlado el 13 de Nov. De 2009)

ZAPATA SAMPEDRO, MARCO ANTONIO, GARCÍA FUENTE, SANDRA Y JIMÉNEZ GIL, ANA. Manejo del paciente anti coagulado en atención primaria. Nure Inv. 2008; 5(34).

ZAPATA SAMPEDRO, MARCO ANTONIO. El paciente hipertenso en consulta enfermera. Enferm Global 2006; (9) Disponible en :<http://www.um.es/eglobal/9/09d03.html>.(Consultado el 18 Nov. de 2010)

ZAPATA SAM PEDRO, MARCO ANTONIO; CASTRO VARELA, LAURA. Caso clínico. Lesiones por humedad. Enferm Clínica 2009; 19(4): 225-230

ZAPATA SAMPEDRO, MARCO ANTONIO; CASTRO VARELA, LAURA; BENÍTEZ FUENTES, Elena. Nuevas pautas de vacunación antitetánica e470n adultos. Enfermería Comunitaria (Rev. Digital) 2011, 7(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/comunitaria/v7n2/ec7810.php> (Consultado el 12 de Nov. de 2012)

ZAPATA-SAMPEDRO, MARCO A, GARCÍA-FUENTE, SANDRA Y JIMÉNEZ-GIL, ANA. Manejo de la inmunoterapia en atención primaria. Enferm Comunitaria (Gran). 2007; 3(1). <http://www.index-f.com/comunitaria/v3n1/ec6490.php>(Consultado el: 20 de Nov. de 2010)

ZURITA DIESTRE, ÁNGELES EULALIA. Unas tardes con el señor Kaplan. Arch Memoria. 2009; 6(2). Disponible en <http://www.index-f.com/memoria/6/n10904.php>(Consultado el 21 de Dic de 2010)

VIII-ANEXOS

V.III.Anexos

1. Legislación de estudios y especialidad de enfermería comunitaria.
2. Legislación que afecta a la profesión de enfermería.
3. Contenido BOE programa formativo Especialidad EC
4. Literatura gris
5. Guión de entrevista a los usuarios
6. Guion entrevistas a : gestores ,médicos , administrativas
7. Guión entrevista a enfermeras
8. Texto integro entrevistas (1,2,3,4)

Anexo-1

Legislación de estudios y especialidad de enfermería comunitaria.

Se ha recuperado la información concerniente a la legislación que afecta al desarrollo de formación y especialidad de Enfermería comunitaria, destacan sobre todo, el Real Decreto 450/2005 sobre especialidades en Enfermería. BOE 108: 15480-15586 y la. Resolución de 17 de julio de 2009, del Ministerio de Educación., de la Secretaría General de Universidades, por la que se establecen las bases de la convocatoria de la prueba objetiva prevista en la disposición transitoria segunda del Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería. BOE Núm. 182 Miércoles 29 de julio de 2009 Sec.

1. Ministerio de Educación y Ciencia .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.
2. Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, por el que se regula la obtención del título de Enfermero especialista. B.O.E. núm. 183, 1 Agosto 1987
3. Jefatura del estado Ley Orgánica 6/2001 de 21 de diciembre de Universidades BOE núm. 307 ,49400
4. Real Decreto 1044/2003 de 1 de agosto por el que se establece el procedimiento para la expedición por las universidades del Suplemento Europeo al Título.
5. Real Decreto 1125/2003, de 5 de septiembre. Establece el sistema europeo de créditos y el sistema de calificaciones en las titulaciones universitarias de carácter oficial y validez en todo el territorio nacional. Boletín Oficial del Estado, nº 224, (18-9-2003
6. Real Decreto 450/2005 sobre especialidades en Enfermería. BOE 108: 15480-15586.
7. Ministerio de Educación Ley Orgánica 4/2007, de 12 de abril, por la que se modifica la Ley Orgánica 6/2001 de 21 de diciembre de Universidades
8. Real Decreto 900/2007, de 6 de julio por el que se crea el Comité para la definición del Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior
9. Real Decreto 1393/2007 de 29 de octubre, por el que se establece ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. BOE 260:44037- 44038 .Deroga el RD 55/2005 y el RD 56/2005 (sin perjuicio del periodo transitorio hasta el 2015).

10. Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero. BOE. 174: 31680- 31683
11. Decreto 307/2009, de 21 de julio, por el que se define la actuación de las enfermeras y los enfermeros en el ámbito de la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía BOJA núm. 151 el 5 de agosto 2009.

Anexo-2

1. *Legislación que afectan a la profesión y funciones de la Enfermera Comunitaria*

Destacan sobre todo el decreto de estructuras básicas de salud de 1984, y la ley general de sanidad.

2. Ley General de Beneficencia en España. Madrid, 1822. Archivo de la Villa de Madrid. Sec Secretaría.
3. Real Decreto 13/1984 de 11 de Enero sobre Estructuras Básicas de Salud
4. Jefatura del Estado. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE» núm. 102, de 29 de abril de 1986, PP: 15207 a 15224.
5. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección de Planificación Sanitaria. Guía de Enfermería en Atención Primaria de Salud. Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaria General Técnica Madrid 1988. Andalucía Decreto 137/2002, de 30 de abril ,de apoyo a las familias andaluzas .Conserjería de la Presidencia de la Junta de Andalucía (BOJA nº 52)
6. Decreto 137/2002, de 30 de abril, de Apoyo a las Familias Andaluzas (BOJA número 52, de 04-05- 2002).
7. Jefatura del estado Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE núm. 280: 41442- 41458
8. Jefatura del estado .Ley 55/2003 Estatuto Marco del personal de los servicios de salud BOE 301 44742 – 44763
9. Ministerio de Sanidad y Consumo Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
10. Ministerio de Sanidad y Consumo Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
11. Ministerio de Educación .Resolución de 17 de julio de 2009, de la Secretaría General de Universidades, por la que se establecen las bases de la convocatoria de la prueba objetiva prevista en la disposición transitoria segunda del Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería. BOE Núm. 182 Miércoles 29 de julio de 2009 Sec. III. Pág. 64940

12. Ministerio de Sanidad y Consumo Ley 28/2009, de 30 de diciembre, de modificación de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. BOE 22 Dic. 2009

Anexo 3-Contenido BOE programa formativo Especialidad EC

El Anexo del citado boletín se publica en el punto 1. Hace un repaso de cuales han sido los antecedentes históricos de la enfermería comunitaria en Europa y en España, que coinciden con los desarrollados en el presente trabajo. El apartado 2 se refiere a los valores de la Enfermera Familiar y Comunitaria. En los que detalla que:

La misión de la Enfermera Familiar y Comunitaria es la participación profesional en el cuidado compartido de la salud de las personas, las familias y las comunidades, en el «continuum» de su ciclo vital y en los diferentes aspectos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación, en su entorno y contexto socio-cultural.

La acción de la Enfermera Familiar y Comunitaria está orientada por principios y fundamentos científicos, humanísticos y éticos de respeto a la vida y a la dignidad humana.

Los valores que deben guiar el proceso formativo de las enfermeras especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria son:

Compromiso y orientación a las personas, familias y comunidad: Con un concepto holístico de la persona, teniendo en cuenta sus características culturales, su medio ambiente, y sus acciones actuaciones están orientadas a la mejora y mantenimiento compartidos de su salud y bienestar, no reduciéndose a la intervención clínica ante la presencia de enfermedad.

- a) Compromiso con la sociedad, la equidad y la eficiente gestión de los recursos: La Enfermera Familiar y Comunitaria se constituye como el primer contacto y puerta de entrada al sistema sanitario. Tiene la responsabilidad social de hacer una eficaz gestión de los recursos sanitarios. Debe facilitar el acceso al sistema a los usuarios, eliminando

cualquier dificultad así como fomentara la participación ciudadana activa en la búsqueda de mejoras de la salud colectiva e individual. Adquiere un compromiso especial con los sectores más desfavorecidos de la población, con el fin de mantener la equidad de acceso a todos los ciudadanos. Debe de cooperar y participar activamente con las organizaciones y redes comunitarias, organizaciones no gubernamentales, asociaciones de ayuda mutua y demás instituciones públicas o privadas que tienen por objetivo mejorar la salud del conjunto de las personas.

- b) Compromiso con la mejora continua de la calidad: deberá tomar sus decisiones basándose en las evidencias científicas actualizadas por lo que deberá mantenerse al día de los nuevos conocimientos científicos. También deberá ser capaz de trabajar en equipo.
- c) Compromiso con la ética: basa su compromiso con las personas en los principios de la bioética y muy especialmente, dada la idiosincrasia de su ámbito de actuación, en el principio de autonomía (autocuidado y responsabilidad).
- d) Compromiso con la seguridad de los usuarios y pacientes: promoverá y desarrollará el conocimiento y la cultura de seguridad de las personas a las que atiende. Colaborará y participará en proyectos que impulsen y evalúen prácticas seguras.
- e) Compromiso con el desarrollo profesional: está comprometida con el desarrollo general de su profesión y particularmente con el de su principal ámbito de trabajo, la enfermería que interviene con las familias, las comunidades y en la salud pública.

El apartado 3 se refiere a las competencias para el ejercicio profesional. Las competencias avanzadas que conforman el perfil profesional de este especialista se desarrollan en el ámbito familiar y comunitario, lo que en ningún caso significa la creación de ámbitos exclusivos de actuación, ya que dichas competencias se inscriben en el marco de los principios de interdisciplinariedad y multidisciplinariedad de los equipos profesionales en la atención sanitaria que consagra la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

En el contexto del sistema sanitario las competencias avanzadas de estos profesionales pueden agruparse en los siguientes apartados. Competencias vinculadas:

- a) con la provisión de cuidados avanzados en la atención clínica directa en el ámbito de la atención familiar y comunitaria a personas a lo largo de su ciclo vital y a las familias en todas sus etapas, tanto en lo que se refiere a su gestión, como planificación y desarrollo, de acuerdo a las necesidades de la población y a las exigencias de los servicios de salud.
- b) con la salud pública y comunitaria, relativas al diseño de programas de educación para la salud, a vigilancia epidemiológica y medioambiental, y a situaciones de emergencia y catástrofe.
- c) con la Docencia, dirigidas tanto a las personas y familias como a estudiantes y otros profesionales.
- d) la gestión de cuidados y servicios en el ámbito familiar y comunitario, con la finalidad de aplicarlos según los principios de equidad, efectividad y eficiencia y desarrollando estrategias de mejora de la calidad asistencial en los cuidados a la comunidad.
- e) la investigación, cuyas finalidades son: utilizar la mejor evidencia científica disponible, generar conocimiento y difundir el ya existente.

Se consideran prioritarias las competencias orientadas a:

- a) Identificar las necesidades de salud de la población y proporcionar la correcta respuesta de cuidados de los servicios de salud a los ciudadanos en cualquier ámbito (centro de atención, domicilio, escuela, lugar de trabajo...).
- b) Establecer y dirigir redes centinelas de epidemiología de los cuidados.
- c) Desarrollar indicadores de actividad y criterios de calidad de los cuidados en el ámbito familiar y comunitario.
- d) Aumentar el seguimiento y la atención longitudinal al valorar al individuo y la familia desde la perspectiva de la necesidad de cuidados, en su entorno y en todas las etapas de la vida, con especial atención a aquellos que deben ser atendidos en su domicilio.

e) Responder eficazmente a las necesidades de la población con enfermedades crónicas prevalentes, a las situaciones de discapacidad, de riesgo de enfermar y de fragilidad.

f) Diseñar y desarrollar estrategias de intervención y participación comunitaria, centradas en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

g) Garantizar la continuidad de la atención y los cuidados, mediante la gestión efectiva y la coordinación de los recursos humanos y materiales disponibles

h) Favorecer el funcionamiento de los equipos multiprofesionales, a través de la participación, la reflexión, el análisis y el consenso y desde el respeto a las competencias propias y del resto de especialistas y profesionales del ámbito comunitario y de la Salud Pública.

i) Mejorar la práctica enfermera en el ámbito familiar y comunitario a través de la investigación en cuidados enfermeros y de la participación en líneas de investigación multiprofesionales.

Régimen jurídico de la formación.

El Sistema de formación sanitaria especializada de nuestro país ha incluido la Enfermería Familiar y Comunitaria, como una de las especialidades relacionadas en el artículo 2 del Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de enfermería.

A este respecto y tal como se establece en el artículo 15 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, la formación especializada en Ciencias de la Salud, es una formación reglada y de carácter oficial que tiene como objeto dotar a los especialistas de los conocimientos, técnicas, habilidades y actitudes propios de la correspondiente especialidad, de forma simultánea a la progresiva asunción por el interesado de la responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la misma.

Para obtener el título de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria, las enfermeras residentes cumplirán el programa formativo de la misma en unidades docentes

multiprofesionales de Atención Familiar y Comunitaria, acreditadas para la formación que cumplan los requisitos generales de acreditación aprobados al efecto, durante un período de dos años a tiempo completo.

El acceso a la formación, su organización, supervisión, evaluación y acreditación de unidades docentes multiprofesionales de Atención Familiar y Comunitaria, se llevara a cabo conforme a lo previsto en el Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos de la formación sanitaria especializada.

El seguimiento y calificación del proceso formativo de adquisición de competencias profesionales durante el periodo de residencia se llevará a cabo mediante evaluación formativa continua, anual y final, tal y como indica el Real Decreto 183/2008, antes citado.

El régimen jurídico que regula la relación laboral que une a la enfermera especialista con la entidad titular de la unidad docente donde se está formando, se atenderá a lo previsto en el Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en ciencias de la salud.

Objetivo general del programa: adquisición de competencias. –El objetivo general de este programa es que al concluir el periodo formativo la enfermera residente haya adquirido las competencias profesionales que se relacionan en el anterior apartado 3, a través del desarrollo de las competencias específicas a las que se refieren los apartados 5, 6, 7, 8 y 9, cuyas actividades mínimas, lugares de aprendizaje y cronograma formativo se especifican en los apartados 10 y 11 de este programa.

Esta formación práctico-clínica constituye el eje central de este programa ya que el sistema de residencia consiste, fundamentalmente, en aprender haciendo.

Metodología docente. –Se utilizarán técnicas educativas, tanto presenciales como semi-presenciales, con una metodología docente que dé prioridad al aprendizaje activo tutorizado, a la utilización de métodos educativos creativos que aseguren la ponderación y coordinación con la formación clínica, a través de un aprendizaje experiencia que implica una relación laboral entre el residente y la entidad titular de la unidad docente donde se está formando.

Para la adquisición de las competencias que se citan en este programa, los responsables de la formación llevarán a cabo estrategias docentes que favorezcan el pensamiento crítico y permitan la integración de la formación teórica con la formación clínica e investigadora que se lleve a cabo en los distintos dispositivos que integran la unidad docente.

En el proceso formativo de estos especialistas es necesario que los mismos internalicen que los avances científicos se desfasan, con prontitud, por lo que es necesario despertar en los residentes la inquietud por aprender y asumir que el compromiso con el proceso de formación permanece a lo largo de toda su vida activa, adquiriendo una actitud profesional adecuada a los tiempos actuales. Con este objetivo se incluye como anexo II a este programa las referencias legales y bibliografías más significativas, relacionadas con la formación del enfermero especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria, para las unidades docentes donde se formen dichos especialistas. Dichas referencias bibliográficas podrán ser actualizadas periódicamente a propuesta de la Comisión Nacional de la especialidad.

La formación teórica y práctica clínica de este programa se llevará a cabo durante la jornada laboral, sin perjuicio de las horas que se presten en concepto de atención continuada y de las horas personales de estudio al margen de dicha jornada.

La formación transversal común con otras especialidades en Ciencias de la Salud (bioética, metodología de la investigación, protección radiológica, gestión clínica, etc.) se realizará, en la medida de lo posible, junto con los residentes de las distintas especialidades adscritas a la Comisión de Docencia de unidad/centro sanitario que corresponda.

Se considera métodos favorecedores del aprendizaje los siguientes:

Auto aprendizaje tutorizado: metodologías activas centradas en el aprendizaje en las que el residente adquiere la responsabilidad del proceso bajo la guía y orientación del tutor. Puede llevarse a cabo de diferentes formas:

Utilización de herramientas de aprendizaje por parte del residente: portfolio docente y libro del residente.

- a) Aprendizaje dirigido: Lecturas o visualizaciones recomendadas (libros, vídeos, artículos de interés, páginas Web, etc.), aprendizaje basado en la resolución de problemas, y discusión de casos y problemas prácticos.
- b) Realización de cursos interactivos a distancia.
- c) Asistencia a cursos, simposiums, congresos y talleres relacionados con las áreas de conocimiento de la Enfermería Familiar y Comunitaria.
- d) Preparación y exposición de sesiones formativas.
- e) b) Auto aprendizaje de campo: realización de la formación en situaciones reales de la práctica asistencial, en la que el residente vive de forma crítica y reflexiva la situación real en la que tiene lugar su auto aprendizaje. Puede llevarse a cabo de diferentes formas:
 - a. Observación directa: El residente ve lo que hace el tutor.
- f) Intervención tutorizada: El residente realiza sus actividades ante la presencia del tutor, mientras el residente aun no ha adquirido la competencia que le permita asumir totalmente la responsabilidad de la actividad.
- g) Intervención directa, no supervisada directamente por el tutor cuando el tutor ya ha comprobado la adquisición de la competencia de la actividad que el residente va a realizar de forma autónoma.
- h) Obtención de información por otras vías indirectas: Auditoría de historias, opinión de los pacientes, opinión de otros compañeros de equipo, etc.
- i) Video-grabaciones de intervenciones del residente y posterior análisis con el tutor.
- j) Trabajos de campo. Sesiones de transmisión de información: el tutor transmite información compleja sobre una materia concreta, para favorecer la creación de un marco conceptual. Puede utilizar el material de apoyo visual o de demostración que considere necesario para favorecer la comprensión. Las sesiones pueden ser:
 - Lección magistral clásica.
 - Clase participativa.
- m) Sesiones de discusión: El aprendizaje está basado en la discusión de temas o problemas entre los residentes y el responsable de la formación. Pueden celebrarse: Seminarios. Sesiones de resolución de casos, sesiones clínicas. Talleres.
- n) Sesiones prácticas: El residente ensaya y aprende la tarea que tendrá que llevar a cabo después. Pueden ser:

l) Situaciones reales.

ñ) Situaciones simuladas: Juegos de rol, trabajos de grupo, simuladores, programas informatizados, etc.

La Atención continuada.—Los servicios prestados en concepto de atención continuada tienen carácter formativo, se realizarán durante los dos años que dura la formación en la especialidad y se programarán con sujeción al régimen de jornada y descansos que establece la legislación vigente.

Las guardias se realizarán en cualquier dispositivo de la unidad docente y se planificarán teniendo en cuenta el cumplimiento de los objetivos del programa formativo.

Se aconseja la realización de entre dos y cuatro guardias mensuales.

Formación en protección radiológica.—Durante la impartición del programa el enfermero residente se formará en protección radiológica con el objetivo de adquirir conocimientos básicos en dicha materia, que se ajustarán a lo previsto en la Guía Europea «Protección Radiológica 116», en los términos que se citan en el anexo I a este programa. A estos efectos, las enfermeras en formación de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria adquirirán la formación en protección radiológica prevista en la Resolución conjunta, de 21 de abril de 2006, de las Direcciones Generales de Salud Pública y de Recursos Humanos y Servicios Económico-Presupuestarios del entonces Ministerio de Sanidad y Consumo, mediante la que se acuerda incorporar en determinados programas formativos de especialidades en Ciencias de la Salud formación en protección radiológica.

Competencias clínicas avanzadas en el ámbito familiar y comunitario

Clínica y metodología avanzada.

Capacidad para:

- a) Aplicar modelos conceptuales para la práctica de la enfermería en el ámbito de la atención familiar y comunitaria.
- b) Utilizar el proceso enfermero de valoración del estado de salud, identificación de problemas de salud/diagnósticos enfermeros y objetivos del usuario (familia o grupo), planificación de intervenciones de tratamiento enfermero y evaluación de los resultados.
- c) Establecer una comunicación efectiva y relación terapéutica con pacientes, familias y grupos sociales en el ámbito de la especialidad.

- d) Realizar técnicas diagnósticas y terapéuticas especialmente relacionadas con la prevención y el control de enfermedades crónicas más prevalentes.
- e) Planificar, dirigir, desarrollar y evaluar, junto a otros especialistas y profesionales, programas de atención a las enfermedades crónicas presentes en el ámbito familiar y comunitario.
- f) Usar e indicar el uso de fármacos y otros productos sanitarios vinculados a los cuidados de enfermería en el ámbito de la atención familiar y comunitaria, de acuerdo con la legislación vigente, con especial atención a los procesos de cronicidad y a las situaciones de dependencia.
- g) Integrar e indicar otras medidas terapéuticas no farmacológicas como dieta, técnicas de relajación o ejercicio físico en las alteraciones de salud más frecuentes en el ámbito de la especialidad con especial atención a los procesos de cronicidad y a las situaciones de dependencia.
- h) Planificar, dirigir, desarrollar y evaluar, junto a otros especialistas y profesionales, programas de cirugía menor en los ámbitos de intervención de la enfermería familiar y comunitaria.
- i) Detectar situaciones que precisen la coordinación o derivación a otros profesionales, especialistas o niveles de atención.
- j) Trabajar en equipo, en atención familiar y comunitaria.
- k) Documentar y registrar el proceso de atención utilizando las nuevas tecnologías de la información y comunicación en el ámbito de actuación de la especialidad.
- l) Manejar los conflictos éticos y legales que se planteen como consecuencia de la práctica de la enfermería familiar y comunitaria, para solucionarlos o en su caso remitirlos a otras instancias.
- m) Gestionar, liderar y desarrollar la atención familiar y comunitaria desde la perspectiva de la seguridad del paciente.
- n) Liderar, diseñar y aplicar una atención sanitaria y unos cuidados de enfermería familiar y comunitaria basados en la gestión de casos.

Resultados de aprendizaje:

Utiliza los modelos conceptuales enfermeros como guía del proceso de atención en la práctica clínica.

Obtiene con precisión los datos objetivos y subjetivos relevantes en la valoración del estado o situación de salud.

Organiza, sintetiza, analiza e interpreta los datos de las diversas fuentes para emitir juicios sobre los problemas de salud/diagnósticos enfermeros.

Evalúa la precisión del diagnóstico enfermero en los cuidados familiares y comunitarios y los resultados del tratamiento enfermero.

Conoce y realiza las intervenciones enfermeras relacionadas con las enfermedades crónicas más prevalentes basadas en evidencias actuales, con especial atención a las que se desarrollan en el domicilio de los pacientes que lo precisan.

Conoce y realiza las intervenciones de enfermería en las situaciones de dependencia y fragilidad, con especial atención a las que se desarrollan en el domicilio de los pacientes que lo precisan.

Conoce la normativa relativa al uso, indicación y autorización de fármacos y productos sanitarios.

Conoce los fármacos y productos sanitarios vinculados a los cuidados de enfermería que se desarrollan en el ámbito de la especialidad para conseguir su eficaz y eficiente gestión y utilización.

Realiza el procedimiento de razonamiento clínico preciso para realizar las prescripciones.

Conoce y utiliza como parte del tratamiento enfermero las medidas terapéuticas no farmacológicas como dieta, técnicas de relajación o ejercicio físico en las alteraciones de salud más frecuentes en el ámbito de la especialidad.

Analiza los conocimientos y creencias de los individuos, familias y comunidades sobre los fármacos, las medidas terapéuticas no farmacológicas y los productos sanitarios.

Implanta, coordina y ejecuta programas de cirugía menor y otras técnicas diagnósticas y terapéuticas, con seguridad para el paciente tanto técnica y legal.

Promueve la participación plena de los pacientes en el proceso de toma de decisiones sobre su salud.

Identifica y actúa en situaciones conflictivas.

Detecta situaciones de conflicto ético o legal en la práctica de la atención familiar y comunitaria y es capaz de aplicar los principios de la bioética o la legalidad vigente.

Conoce y aplica los conceptos y la normativa de confidencialidad, secreto profesional, consentimiento informado, autonomía del paciente y uso racional de recursos en el ámbito familiar y comunitario.

Reconoce la diversidad y multiculturalidad.

Maneja la comunicación persuasiva.

Conoce y activa los canales de derivación necesarios.

Utiliza taxonomías de lenguaje enfermero.

Identifica y usa las nuevas herramientas tecnológicas aplicables en la atención y comunicación.

Maneja los conceptos básicos relacionados con la seguridad del paciente.

Diseña y utiliza sistemas de notificación de efectos adversos de fármacos y otros productos sanitarios.

Elabora sistemas de notificación y aprendizaje para facilitar el análisis de las causas que originaron errores y prevenirlos.

Lidera, en su ámbito de trabajo, la difusión y adquisición de una cultura de seguridad de los pacientes.

Conoce y aplica la metodología Análisis Modal de Fallos y Errores (AMFE) para el análisis de problemas de seguridad.

Rotaciones y actividades formativas:

Rotaciones clínicas en el centro de salud y en otros dispositivos clínico-asistenciales.

Talleres o sesiones teóricas con metodología activa.

Breve descripción de los contenidos, actitudes y habilidades:

Enfoque holístico de los problemas de salud. Manejo avanzado de la metodología y taxonomías de lenguaje enfermero en EFyC. Comunicación terapéutica. Empatía. Técnicas avanzadas en EFyC seguras para el paciente y basadas en la evidencia. Técnicas para la ejecución de las intervenciones diagnósticas y terapéuticas. Uso de fármacos, productos sanitarios y otros abordajes terapéuticos habituales en la EFyC.. Diferentes modelos y herramientas de coordinación y continuidad de cuidados entre los distintos niveles de atención sanitaria. Impacto económico eficiente para el sistema sanitario. Responsabilidad con la optimización de los recursos sanitarios.

3.3.2 La atención en la infancia.

Capacidad para:

- a) Valorar sistemáticamente, dentro del contexto familiar y comunitario, el desarrollo infantil en sus aspectos físicos, psicológicos, culturales, ambientales y sociales.
- b) Promover la salud de los niños y las niñas en la familia y en la comunidad, con especial atención a la escuela.
- c) Prevenir la enfermedad de los niños y las niñas en el contexto familiar y comunitario.
- d) Prestar cuidados especializados en el ámbito comunitario, junto a otras especialistas y otros profesionales cuando sea preciso, en las situaciones de: alteraciones del desarrollo infantil, problemas de salud de tipo agudo, discapacidades y problemas crónicos de salud.

Resultados de aprendizaje:

Detecta precozmente las situaciones de anormalidad en el desarrollo y la salud infantil.
Implementa programas en los que se fomenten hábitos y conductas saludables en la escuela y en la comunidad, identificando y coordinando a los diferentes agentes de salud.
Facilita y fomenta la autonomía por parte de los padres en el cuidado de sus hijos.
Contribuye a un desarrollo sexual adecuado en los niños.
Potencia la autorresponsabilidad de los niños en su salud individual y en la grupal y ambiental.
Trabaja en equipo con el sistema educativo y con otros profesionales y especialistas.
Previene, detecta e interviene en situaciones de malos tratos y marginación infantil.
Previene los accidentes infantiles y sus posibles secuelas, junto con las familias y la escuela.
Diseña, dirige, ejecuta y evalúa los programas de salud relacionados: Salud Infantil, Salud Escolar, otros.
Presta cuidados en el ámbito familiar y comunitario de manera coordinada con otros miembros del equipo.
Promueve los procesos adaptativos necesarios tanto del entorno como de las personas, en caso de enfermedad o discapacidad.
Facilita la adaptación del entorno familiar para la continuidad de los cuidados en el hogar.

Rotaciones y actividades formativas:

Rotaciones clínicas en el centro de salud. Intervenciones en la escuela. Talleres o sesiones teóricas con metodología activa.

Breve descripción de los contenidos, actitudes y habilidades:

Procesos de desarrollo del niño y herramientas de valoración (escalas, exploración, métodos y sistemas). Dinámicas y adaptaciones familiares en relación al niño y a su estado de salud. Métodos de educación para la salud adaptados al entorno escolar. Programas de vacunación.

Abordaje integral la salud del niño en su entorno/unidad socio familiar. Respeto con los derechos de los niños.

Aplicación de escalas y sistemas de valoración. Técnicas de educación para la salud infantil.

Aplicación y adaptación de las pautas de vacunación.

La atención en la adolescencia:

Capacidad para:

- a) Valorar el desarrollo del adolescente en sus aspectos biológico, psicológico y social.
- b) Promover la salud de los adolescentes en sus aspectos, biológico, psicológico y social, tanto individual como grupalmente.
- c) Prevenir la enfermedad de los adolescentes en sus aspectos, biológico, psicológico y social.
- d) Prevenir los accidentes de los adolescentes y sus secuelas.
- e) Prestar cuidados especializados al adolescente con problemas de salud en el ámbito comunitario, junto a otras especialistas y otros profesionales cuando sea preciso.
- f) Fomentar el desarrollo sexual y la identidad de género, detectando posibles dificultades.
- g) Contribuir a que las familias aborden eficazmente la crisis de la adolescencia.

Resultados de aprendizaje:

Identifica problemas de salud relacionados con en el desarrollo psicoafectivo, biológico y social de los adolescentes.

Fomenta el autocuidado, la autoestima, las habilidades sociales y la vida saludables en general (actividad física, alimentación, salud afectivo-sexual, relaciones interpersonales...).

Promueve conductas responsables respecto a las actividades que entrañan riesgo.

Detecta precozmente conductas de riesgo para la salud relacionadas con las alteraciones de la alimentación, autolesiones...

Dirige, colabora o participa en programas de EpS dirigidos a adolescentes.

Fomenta el afrontamiento familiar eficaz frente a situaciones de riesgo (embarazo, drogadicción, violencia, etc.).

Trabaja con adolescentes con problemas de salud con especial atención a: Trastornos de la conducta alimentaria e imagen corporal, conductas antisociales, violencia y maltrato, drogodependencias y adicciones, entre otros.

Ayuda y apoya al adolescente en la toma de decisiones sobre los problemas de salud.

Fomenta el afrontamiento familiar eficaz frente a situaciones de enfermedad.

Contribuye al fomento de la salud afectivo-sexual.

Favorece la aceptación de la condición sexual del adolescente.

Capacita para el uso de metodologías de resolución de problemas, toma de decisiones y de habilidades sociales.

Detecta precozmente problemas de identidad relacionados con el género.

Contribuye a la adopción de conductas reproductivas saludables.

Colabora con los padres en el abordaje de problemas relacionados con la adolescencia, su negociación y la resolución de problemas y conflictos.

Rotaciones y actividades formativas:

Rotaciones clínicas en el centro de salud y en consulta joven. Intervenciones en los centros educativos, culturales y de ocio juvenil. Unidades de salud mental infanto-juvenil.

Talleres o sesiones teóricas con metodología activa.

Breve descripción de los contenidos, actitudes y habilidades:

Procesos de desarrollo global del adolescente, instrumentos y estrategias de valoración.

Educación para la salud del adolescente, con especial atención a la salud sexual y de gestión de riesgos. Dinámicas y adaptaciones familiares en relación al adolescente.

Integralidad de la salud de los adolescentes y sus familias. Empatía y relación terapéutica hacia este grupo de edad.

Comunicación eficaz con adolescentes. Relación de confianza y ayuda. Negociación. Manejo del Método de Resolución de Problemas.

La atención a la salud general en la etapa adulta.

Capacidad para:

a) Planificar, desarrollar, ejecutar y evaluar programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad del adulto en sus aspectos biológicos, psicológicos y sociales prevalentes en la edad adulta, tanto individual como grupalmente.

b) Planificar, ejecutar y evaluar programas de gestión de los cuidados a las personas con enfermedad o dependencia en términos de igualdad, desarrollándolos, tanto en los dispositivos sanitarios como en el entorno familiar o domiciliario y comunitario.

c) Identificar y actuar en situaciones de violencia, especialmente ante la violencia de género.

d) Planificar, ejecutar y evaluar programas en relación con la cronicidad o discapacidad desarrollándolos tanto en los dispositivos sanitarios como en el entorno familiar o domiciliario y comunitario.

Resultados de aprendizaje:

Asesora en la toma de decisiones responsables sobre la salud.

Fomenta la autonomía personal y previene la dependencia.

Fomenta la salud mental.

Asesora en el uso de medidas de protección contra accidentes.

Previene las complicaciones derivadas de una situación de salud alterada.

Fomenta el afrontamiento efectivo de las situaciones de salud alterada.

Evalúa la calidad de vida de las personas atendiendo a las esferas biológicas, psicológicas y sociales.

Identifica la existencia de factores de riesgo para la salud, con especial atención a los estilos de vida saludables y de los problemas específicos de salud prevalentes en la comunidad.

Identifica, valora y controla la evolución de los problemas crónicos de salud y de los problemas específicos de salud prevalentes en la comunidad.

Fomenta los auto cuidados y estilos de vida saludables tanto individual como grupalmente o en entornos comunitarios.

Identifica e interviene ante signos y síntomas de violencia de género, laboral etc.

Mobiliza los recursos necesarios para el abordaje de problemas de salud, con especial atención en los problemas de discapacidad o dependencia en el medio familiar.

Conoce la metodología de la atención domiciliaria en el campo de la enfermería familiar y comunitaria.

Rotaciones y actividades formativas:

Rotaciones clínicas en el centro de salud y otros dispositivos. Centros de ejercicio físico y salud.

Unidades de educación a enfermos crónicos. Dispositivos de evaluación y atención domiciliaria. Talleres o sesiones teóricas con metodología activa.

Breve descripción de los contenidos, actitudes y habilidades:

Riesgos físicos, químicos, biológicos y sociales relacionados con la alteración de la salud en la persona adulta. Medidas de prevención de los problemas específicos de salud prevalentes en la comunidad. Cuidados especializados y terapéutica específica.

Enfoque integral, biopsicosocial, de la salud. Enfoque de riesgo en la valoración e intervención sanitaria. Respeto a las decisiones de la persona.

Manejo de las escalas de valoración y test clinimétricos estandarizados. Habilidades clínicas necesarias para prestar cuidados especializados. Técnicas de reconversión cognitiva y refuerzo conductual. Técnicas de comunicación efectivas. Metodología de atención domiciliaria.

La atención a la salud sexual, reproductiva y de género:

Capacidad para:

- a) Promover la salud sexual y reproductiva en hombres y mujeres.
- b) Intervenir en programas de atención a la salud sexual y reproductiva en poblaciones con necesidades especiales como discapacitados, personas en riesgo de exclusión social, etc.
- c) Promover la salud durante el embarazo, parto y puerperio en el entorno familiar y comunitario y participar con otros miembros del equipo y/o especialistas en la planificación, dirección, coordinación y evaluación de actividades específicas.
- d) Promover la salud de la mujer y el hombre en sus etapas climatéricas.
- e) Potenciar la prevención y detección precoz del cáncer genital masculino y femenino y el de mama.
- f) Detectar y actuar en situaciones de violencia de género.
- g) Prevenir, detectar e intervenir en los problemas de salud de las mujeres y los hombres ligados al género en el ámbito comunitario.

Resultados de aprendizaje:

Relaciona sexo y género con los procesos de salud en hombres y mujeres.

Fomenta la salud sexual.

Integra en los cuidados especializados de enfermería, la sexualidad y la relación de pareja como aspectos que intervienen en la salud.

Informa, asesora y hace partícipes a las personas y a las parejas sobre las conductas afectivo-sexuales placenteras y saludables.

Capacita a las personas para la elección informada y uso responsable de métodos anticonceptivos.

Colabora en el seguimiento de métodos anticonceptivos, incluida la anticoncepción de emergencia, siguiendo las pautas que determinen los especialistas en el ámbito de la ginecología y obstetricia.

Participa en el desarrollo de programas de educación y consejo para la salud sexual y reproductiva.

Orienta ante la demanda de IVE y deriva a los especialistas que en cada caso corresponda.

Aborda la influencia de las enfermedades crónicas más frecuentes y sus tratamientos en la respuesta sexual.

Detecta precozmente dificultades en la percepción en la identidad de género y orienta o deriva a otros profesionales según fuese preciso.

Detecta precozmente disfunciones sexuales en personas y parejas, y asesora o deriva a otros profesionales según fuese preciso.

Conoce y utiliza los recursos existentes para afrontar las necesidades relativas a la sexualidad y a la reproducción de poblaciones de características especiales como discapacitados, personas en riesgo de exclusión social, etc.

Potencia el autocuidado de la embarazada.

Identifica factores de riesgo social en el embarazo.

Capta precozmente a la embarazada y contribuye a su seguimiento sanitario.

Asesora para el afrontamiento efectivo del embarazo y la adecuación del entorno.

Colabora a adecuar el entorno familiar, domiciliario y comunitario para potenciar la lactancia materna.

Colabora en la adecuada recuperación y adecuación del entorno familiar, domiciliario y comunitario tras el parto.

Presta asistencia al parto de emergencia en el ámbito extrahospitalario.

Refuerza la autoestima y autoconocimiento de las personas en edad climatérica.

Fomenta el conocimiento, afrontamiento y autocuidado ante los cambios más frecuentes en la etapa climatérica, tanto físicos como emocionales y sociales.

Fomenta la adaptación de las relaciones sexuales para que sean placenteras y seguras.

Planifica y participa en programas para promover la salud de las mujeres y hombres en fase climatérica.

Difunde los programas de detección de cáncer genital masculino y femenino, y de mama e implementa las actuaciones propias del ámbito comunitario.

Conciencia a los hombres y mujeres para la aceptación de las pruebas diagnósticas de cáncer genital y de mama.

Potencia hábitos de vida saludable preventivos del cáncer de mama y genital.

Colabora en la educación de hombres y mujeres en el respeto y la convivencia entre géneros.

Previene y detecta precozmente situaciones de riesgo de violencia de género.

Atiende a las víctimas de la violencia de género.

Reconoce el malestar de las mujeres como respuesta a los condicionantes sociales de género. Atiende en el primer nivel de atención, el malestar bio-psico-social de las mujeres y de los hombres con un abordaje integral que incluya condicionantes de género y subjetividad.

Rotaciones y actividades formativas:

Rotaciones clínicas en el centro de salud, de anticoncepción y orientación familiar, y en las unidades hospitalarias correspondientes, como sala de partos, unidades de puerperio... Talleres o sesiones teóricas con metodología activa.

Breve descripción de los contenidos, actitudes y habilidades:

Salud sexual: educación y asesoramiento. Anticoncepción en el entorno comunitario. Adaptaciones de la mujer y del entorno ante el embarazo y el puerperio. Parto de emergencia extrahospitalario. Técnicas y recursos para la prevención y detección precoz del cáncer genital femenino y masculino, y de mama. Afrontamiento eficaz de los cambios climatéricos. Condicionantes de género en la salud. Problemas de salud en relación con la violencia de género.

Visión de la salud desde la perspectiva de género. Concepción holística de la sexualidad. Respeto por las propias decisiones relacionadas con la sexualidad y la reproducción. Empatía con las víctimas de la violencia de género.

Educación para la salud. Confianza, confidencialidad y comunicación terapéutica.

La atención a las personas ancianas:

Capacidad para:

- a) Planificar, desarrollar, ejecutar y evaluar programas de promoción de la salud de las personas ancianas en su entorno familiar y comunitario.
- b) Planificar, desarrollar, ejecutar y evaluar, junto con otros profesionales y especialistas, programas de prevención de las complicaciones y problemas de salud más frecuentes en los mayores en su entorno familiar y comunitario.
- c) Detectar e intervenir de modo precoz sobre los problemas de salud prevalentes en los mayores en su entorno familiar y comunitario.
- d) Detectar e intervenir precozmente en situaciones de fragilidad o aislamiento social de las personas ancianas.
- e) Desarrollar programas de salud para la atención en situaciones de dependencia.

- f) Gestionar la capacitación de las personas cuidadoras familiares para la atención del anciano en el ámbito familiar.
- g) Gestionar los cuidados dirigidos a las personas cuidadoras familiares en el entorno familiar.
- h) Identificar y movilizar los recursos (propios, de la red social y/o comunitaria) que mejor se adapten a las necesidades de los mayores y sus cuidadores.
- i) Identificar necesidades y promover el uso adecuado de materiales e instrumentos de ayuda y adaptación necesarios para realizar las actividades básicas de la vida cotidiana.
- j) Cuidar en su entorno al paciente y a su familia en el final de la vida, respetando sus decisiones.

Resultados de aprendizaje:

Estimula la autonomía de los mayores en el desempeño de las actividades de la vida cotidiana en su entorno familiar y comunitario.

Fomenta la salud física, psicológica, social, cultural, ambiental, sexual y espiritual de las personas mayores con la mayor autonomía posible.

Promueve la atención domiciliaria como ámbito preferencial de los cuidados a los mayores dependientes o con problemas graves de salud.

Estimula la creación y mantenimiento de redes y grupos de autoayuda.

Identifica e interviene de modo precoz en casos de maltrato al mayor.

Previene accidentes y caídas cuidando de la seguridad de sus entornos, especialmente los domiciliarios.

Fomenta y potencia la movilidad y el equilibrio a través del ejercicio físico.

Previene complicaciones en los ancianos asociadas a movilidad restringida en el hogar.

Previene complicaciones a los ancianos derivadas de sus alteraciones de salud y de las pautas terapéuticas.

Valora las capacidades para el desempeño autónomo.

Ayuda en la adaptación a los cambios de rol debidos a la edad y apoya a las personas ancianas ante la pérdida de su pareja y de otros seres queridos.

Detecta precozmente el deterioro cognitivo, funcional, físico y relacional de la persona mayor.

Presta cuidados especializados para compensar las dependencias y limitaciones funcionales.

Reconoce signos críticos indicadores de mal pronóstico.

Identifica a las personas cuidadoras como sujetos principales de cuidados.

Apoya a las personas cuidadoras en la toma de decisiones con respecto al cuidado.

Colabora para que las personas cuidadoras impartan cuidados de calidad, previniendo las repercusiones negativas sobre su salud.

Conoce y usa de modo eficiente los recursos socio-sanitarios de apoyo al paciente y su familia.

Conoce y aconseja materiales e instrumentos de ayuda y adaptación necesarios para realizar las actividades básicas de la vida cotidiana.

Cuida y acompaña a la persona en el final de vida.

Atiende al duelo de la persona y su familia previniendo y abordando reacciones de duelo disfuncional.

Planifica, implementa y coordina conjuntamente con otros profesionales y especialistas programas de cuidados paliativos.

Rotaciones y actividades formativas:

Rotaciones clínicas por el centro de salud y otros dispositivos sociosanitarios.

Talleres o sesiones teóricas con metodología activa.

Breve descripción de los contenidos, actitudes y habilidades:

Factores de riesgo para la salud global del anciano, técnicas y escalas para su valoración.

Estrategias de afrontamiento eficaz. Atención al anciano «frágil». Sexualidad y afectividad en la persona anciana. Recursos sociosanitarios de apoyo al cuidado de la persona dependiente y su familia. La atención domiciliaria en el anciano. La cuidadora como receptora de cuidados. El proceso de final de vida en el ámbito comunitario. Gestión de situaciones de duelo. Situaciones de violencia contra las personas ancianas.

Respeto a las opciones personales, culturales y religiosas de las personas. Empatía ante las situaciones de pérdida (duelo).

Uso de escalas de valoración. Trabajo con grupos. Estimulación física y sensorial.

La atención a las familias:

Capacidad para:

a) Planificar, dirigir, desarrollar y evaluar programas de cuidados integrales dirigidos a promover la salud y prevenir problemas en las familias, en contextos de salud y con especial atención en los de riesgo de enfermedad.

b) Relacionar la influencia que sobre la familia tienen los problemas de salud, en el plano cognitivo, en el de las emociones, en el de las actividades cotidianas y en el plano de las

relaciones interpersonales. Así como la influencia de la dinámica familiar sobre los problemas de salud.

c) Realizar intervenciones que promuevan la salud y prevengan problemas familiares, con especial atención a las situaciones problemáticas y de crisis.

d) Prevenir y detectar la violencia intrafamiliar.

e) Gestionar programas comunitarios y familiares de prevención y detección de crisis y de violencia intrafamiliar.

Resultados de aprendizaje:

Utiliza una metodología de análisis adecuada al trabajo con familias, usando estrategias sistémicas para formular hipótesis, intervenir y evaluar.

Comprende el alcance de las dinámicas familiares en el proceso de salud y enfermedad de sus miembros.

Comprende el alcance de fenómenos tales como: la sobre protección y la dependencia de miembros de la familia afectados de problemas de salud.

Comprende y analiza las relaciones de poder en la familia, los roles, los sistemas de comunicación y analiza su relación con la existencia y el manejo de problemas de salud.

Comprende el aislamiento de las personas enfermas y de sus familias e interviene para amortiguar los efectos.

Considera la atención al paciente en su contexto familiar.

Conoce y valora las necesidades de salud de las familias en sus diferentes etapas de desarrollo.

Identifica las diferentes etapas del desarrollo de las familias y ayuda a su afrontamiento efectivo.

Capacita a las familias en la toma de decisiones.

Capacita y apoya a la familia en el afrontamiento de crisis o situaciones problemáticas como enfermedad o muerte de un miembro, llegada de un nuevo componente, separaciones parentales, etc.).

Detecta los problemas psicosociales y a las familias en riesgo, y brinda asesoramiento familiar anticipatorio.

Desarrolla el rol de la familia como promotora de salud.

Valora la vivienda como contexto de salud y reconoce la importancia que tiene en la salud familiar.

Facilita el acceso a los recursos de adaptación de la familia en los procesos de salud-enfermedad y en las situaciones de crisis.

Conoce y fomenta los sistemas y redes de ayuda familiares.

Maneja la dinámica grupal para la gestión de conflictos intrafamiliares en contextos de salud-enfermedad.

Detecta e interviene de forma precoz en situaciones de riesgo y/o violencia doméstica.

Identifica las situaciones de riesgo y crisis familiar y elabora planes de intervención.

Rotaciones y actividades formativas:

Rotaciones en el centro de salud. Talleres o sesiones teóricas con metodología activa.

Breve descripción de los contenidos, actitudes y habilidades:

La familia, estructura, dinámica, tipos y ciclo vital familiar.

Las relaciones de poder en la familia, los roles y las reglas, la expresión de los sentimientos. Las relaciones conyugales.

Los conceptos de la estrategia sistémica de intervención familiar.

Los instrumentos de atención familiar: genograma, cuestionarios específicos (APGAR familiar, apoyo social, acontecimientos vitales estresantes...). La orientación familiar anticipada.

Intervención con familias con crisis prevalentes: duelos, miembros con conductas adictivas, enfermedad mental, en final de vida, llegada de nuevos hijos... La vivienda como espacio de convivencia y condicionante de la salud. La perspectiva familiar en los problemas de salud individual. El rol del cuidador familiar. La violencia intrafamiliar. Dinámica de grupos.

Percepción de la familia como gestora de salud. Aceptación y valoración de la capacidad de la familia para la promoción de su salud. Respeto hacia las decisiones de la familia.

Negociación. Entrevista con parejas y familias. Manejo de instrumentos de abordaje familiar.

Trabajo con grupos. Trabajo con las familias en condiciones de igualdad (el paternariado).

La atención ante urgencias, emergencias y catástrofes:

Capacidad para:

a) Actuar individualmente y/o en equipo ante situaciones de urgencia.

b) Colaborar en la prevención e intervención en situaciones de emergencias y catástrofes.

Resultados de aprendizaje:

Maneja eficazmente los recursos de soporte vital y las técnicas de atención en la urgencia en el ámbito comunitario.

Garantiza la seguridad del paciente y el entorno para prevenir posibles complicaciones derivadas de la situación de urgencias en el ámbito comunitario.

Atiende a la familia y entorno en las situaciones de urgencia.

Identifica los recursos disponibles ante situaciones de emergencia, su organización y responsabilidades.

Colabora en los dispositivos de actuación ante emergencias y catástrofes.

Rotaciones y actividades formativas:

Rotaciones clínicas en centro de salud, puntos de atención urgente, centros de urgencias y emergencias y transporte sanitario urgente. Talleres o sesiones teóricas con metodología activa.

Breve descripción de los contenidos, actitudes y habilidades:

Protocolos de actuación urgente. Técnicas de soporte vital avanzado. Movilización y transporte de pacientes en situación de urgencia. Técnicas de priorización de problemas.

Liderazgo y capacidad de coordinación. Serenidad en la toma de decisiones.

Manejo de situaciones de crisis y estrés. Capacidad de toma de decisiones. Aplicación de las técnicas de soporte vital, movilización y transporte de pacientes.

La atención a la salud ante situaciones de fragilidad o riesgo socio-sanitario

Capacidad para:

a) Fomentar la salud y la integración de grupos excluidos o en riesgo de exclusión social (inmigrantes, minorías étnicas y otros colectivos).

b) Gestionar intervenciones ligadas a problemas de: Inmigración, minorías étnicas. discapacidad, subdesarrollo, marginación y otros.

c) Detectar e intervenir precozmente en situaciones de fragilidad socio-sanitaria de las personas en todas las etapas vitales.

Resultados de aprendizaje:

Identifica necesidades específicas de los grupos minoritarios, excluidos o de riesgo en el ámbito comunitario.

Colabora en la planificación, coordinación, ejecución y evaluación de programas de atención a grupos minoritarios, excluidos o de riesgo, en el ámbito comunitario (individual y grupal).

Previene y detecta situaciones de exclusión socio-sanitaria, fragilidad y aislamiento social.

Potencia el desarrollo de redes sociales.

Colabora en la gestión de la salud de grupos excluidos socialmente.

Trabaja con grupos interculturales.

Rotaciones y actividades formativas:

Rotaciones en centro de salud. Colaboración con ONGs. Dispositivos sociosanitarios. Talleres o sesiones teóricas con metodología activa.

Breve descripción de los contenidos, actitudes y habilidades:

Factores de riesgo relacionados con las situaciones de marginación y aislamiento social.

Problemas sociosanitarios más frecuentes en este tipo de población. Recursos existentes.

Proactiva en la búsqueda de condiciones sociales de riesgo. Empatía, Tolerancia y comprensión de actitudes diferentes. Respeto hacia los otros.

Estrategias de abordaje y afrontamiento de situaciones de marginación social. Enfoque de riesgo en la valoración de personas y familias. Expresión y Comunicación en otras lenguas (lenguaje de signos, otros idiomas etc.) Dinamización de grupos y comunidades para fomentar la solidaridad intergrupala.

Competencias en salud pública y comunitaria

Capacidad para:

- a) Analizar la situación de salud de la comunidad y planificar y desarrollar programas de promoción de la salud comunitaria.
- b) Planificar y desarrollar programas de educación para la salud en la comunidad.
- c) Diseñar, ejecutar y evaluar programas de vigilancia epidemiológica.
- d) Fomentar y gestionar la participación comunitaria.
- e) Establecer una comunicación efectiva con instituciones, servicios comunitarios y con los diferentes niveles de atención de los servicios de salud.
- f) Planificar y desarrollar acciones sobre la salud medio ambiental.
- g) Colaborar con otros especialistas y profesionales en los programas de salud en los entornos laborales de la comunidad.
- h) Conoce el sistema de información, seguimiento y control de accidentes laborales y enfermedades profesionales.

Resultados de aprendizaje:

Investiga, analiza e interpreta las respuestas de la comunidad ante los problemas de salud-enfermedad, teniendo en cuenta, entre otros, la perspectiva de género.

- Colabora con la comunidad en la detección de los factores que afectan a su salud.
- Realiza investigaciones relacionadas con la promoción de la salud.
- Identifica necesidades de educación para la salud (EpS) en la comunidad.
- Planifica, desarrolla, y evalúa programas de EpS con la comunidad.
- Lidera y realiza programas intersectoriales de intervención socio sanitaria en prevención, promoción y EpS.
- Identifica y utiliza los conceptos de economía en la gestión de programas de promoción de la salud.
- Diseña y evalúa materiales informativos y educativos.
- Implica a los medios de comunicación en la EpS.
- Maneja los sistemas de información epidemiológica y sociocultural.
- Desarrolla y gestiona redes de vigilancia de epidemiología de los cuidados.
- Identifica precozmente situaciones de riesgo para la salud y activa los mecanismos de alarma correspondientes.
- Elabora informes sobre problemas de salud emergentes o relevantes.
- Colabora en la gestión de actividades de inspección y registro sanitario de alimentos, establecimientos públicos y medio ambiente.
- Identifica y valora los recursos comunitarios para cubrir las necesidades de salud.
- Impulsa la participación comunitaria.
- Fomenta y coordina redes sociales, grupos de autoayuda, organizaciones no gubernamentales, voluntariado social y otros recursos.
- Gestiona la planificación de cuidados y la cobertura de demandas y necesidades en la comunidad con otros sectores comunitarios públicos y/o privados.
- Reconoce y favorece la relación entre el medio ambiente y la salud.
- Colabora en la identificación y prevención de focos de riesgo medioambientales radicados en la comunidad.
- Identifica y colabora en la gestión de los procesos que se llevan a cabo en un laboratorio de salud pública.
- Participa en el diseño y desarrollo de los programas de salud de los entornos laborales de la comunidad a través de la colaboración con los comités de seguridad y salud en el trabajo y/o con otros profesionales de salud de la comunidad.

Utiliza e interpreta los datos del sistema de información, seguimiento y control de accidentes y enfermedades profesionales.

Rotaciones y actividades formativas:

Rotaciones en centro de salud, unidad epidemiológica y de programas, inspección, control alimentario y de salud ambiental y otras unidades de salud pública y de la administración sanitaria, ONGs de salud. Talleres o sesiones teóricas con metodología activa.

Breve descripción de los contenidos, actitudes y habilidades:

Programas de promoción y educación para la salud. Métodos y técnicas de investigación social. Marco jurídico básico y medidas sobre protección y control medioambiental y seguridad alimentaria. Sistemas de información y vigilancia sobre salud y epidemiología. La Gestión de recursos comunitarios. Enfoque multicultural de la salud.

Fomento de la participación comunitaria. Respeto al medio ambiente y al desarrollo sostenible. Respeto hacia otras culturas y formas de vida. Reconocimiento de la comunidad como núcleo de acción de los cuidados.

Liderazgo de la promoción y vigilancia de la salud en la Comunidad. Desarrollo de estrategias de intervención en la comunidad que fomenten la participación comunitaria. Planificación, diseño e implementación de medidas para la protección y prevención de riesgos para la salud. Comunicación y trabajo con grupos.

Competencias docentes

Capacidad para:

- a) Identificar y valorar las necesidades de formación y los factores que influyen en el aprendizaje de cuidados en el ámbito familiar y comunitario, que permitan dar una respuesta eficaz y eficiente.
- b) Elaborar los objetivos de aprendizaje.
- c) Determinar el plan de enseñanza que mejor se adapte a las necesidades/demandas identificadas.
- d) Decidir las fórmulas pedagógicas que se han de utilizar y que mejor se adapten a cada caso concreto.
- e) Gestionar y facilitar la preparación y utilización adecuadas del material didáctico necesario para impartir la enseñanza.

- f) Gestionar la aplicación del plan de enseñanza.
- g) Evaluar la consecución del aprendizaje de las personas y de la enseñanza por las personas.
- h) Diseñar textos de divulgación: folletos, protocolos, artículos de opinión.

Resultados de aprendizaje:

- Determina el nivel de conocimientos del grupo al que va dirigida la formación.
- Determina la motivación de las personas hacia el aprendizaje.
- Determina la capacidad de aprendizaje de las personas, evaluando el ritmo de aprendizaje y las aptitudes para comprender y retener en función de su nivel de educación y su edad.
- Conoce y aplica los incentivos del aprendizaje.
- Formula objetivos pedagógicos relacionados con las necesidades de formación.
- Identifica las competencias necesarias que han de adquirirse.
- Elabora y planifica una estrategia de formación.
- Selecciona y utiliza los medios de apoyo y el material complementario más adecuado para el fin del programa.
- Transmite con efectividad los contenidos determinados.
- Evalúa el impacto del programa formativo.
- Elabora textos y folletos para la información y divulgación.
- Conoce los diferentes medios de divulgación.
- Considera la perspectiva de género y el lenguaje no sexista en la elaboración de materiales informativos.

Rotaciones y actividades formativas:

- Rotaciones en centro de salud y centros docentes. Actividades de educación para la salud con distintos grupos. Elaboración de textos divulgativos. Talleres o sesiones teóricas con metodología activa.
- Breve descripción de los contenidos, actitudes y habilidades:
- Planificación educativa. Estrategias educativas. Diseño y evaluación de materiales educativos.
- Técnicas de evaluación de aprendizaje.
- Accesibilidad y supresión de barreras para la comunicación.
- Respeto por las opciones y procesos de aprendizaje individual. Empatía. Escucha activa.
- Comunicación. Uso de TIC. Auto-aprendizaje auto-dirigido (aprender a aprender).

Competencias en gestión de cuidados y servicios en el ámbito familiar y comunitario

Capacidad para:

- a) Liderar, coordinar y dirigir los procesos de gestión clínica de cuidados. pacientes, familias y grupos sociales en el ámbito de la especialidad.
- b) Gestionar, liderar y coordinar grupos de trabajo y el trabajo en equipo de enfermería y multidisciplinar.
- c) Gestionar, liderar y coordinar la continuidad de cuidados individuales, familiares y comunitarios y los servicios sanitarios.
- d) Gestionar los sistemas de información relativos a la práctica profesional y proponer mejoras en el desarrollo de la documentación clínica en el ámbito de actuación de la especialidad.
- e) Gestionar, liderar y coordinar la mejora continua de la calidad de los cuidados.

Resultados de aprendizaje:

Aplica las herramientas básicas de gestión por procesos a la gestión clínica.

Aplica la Asistencia Sanitaria Basada en la Evidencia Científica (ASBE) como instrumento para la gestión clínica.

Aplica los modelos de gestión orientados al paciente.

Utiliza en la práctica clínica los distintos instrumentos de evaluación.

Trabaja en equipo, en los diferentes ámbitos de trabajo.

Lidera, coordina y dinamiza la actividad del equipo.

Dirige adecuadamente cualquier tipo de grupo de trabajo.

Resuelve y gestiona adecuadamente los conflictos que surjan en el equipo o grupo de trabajo.

Conoce y describe la estructura del sistema sanitario.

Conoce los diferentes modelos de organización de los equipos de AP.

Maneja los diferentes modelos de gestión y organización de la actividad en la consulta, en el domicilio, en la comunidad y en la actividad urgente.

Maneja adecuadamente las herramientas que facilitan la continuidad de cuidados.

Conoce las características de los Sistemas de Información Sanitaria.

Maneja los distintos sistemas de registro que se utilizan en Atención Primaria y conoce su utilidad práctica.

Maneja e interpreta los indicadores de actividad más habituales en Atención Primaria.

Conoce el Sistema de Información de Atención Primaria.

Maneja eficientemente los programas y aplicaciones informáticas utilizadas en Atención Primaria.

Conoce las bases teóricas y la metodología de la historia clínica electrónica.

Identifica carencias y hace propuestas para el desarrollo de los programas informáticos de la documentación enfermera.

Aplica los principios de las llamadas 5s en todos los ámbitos donde sea necesario para garantizar la seguridad de los pacientes.

Asegura la integralidad, integración y globalidad de los cuidados, minimizando la fragmentación de la atención.

Asegura la continuidad y coherencia de la labor de los distintos profesionales y establecimientos del Sistema Nacional de Salud.

Agiliza las intervenciones de los profesionales que integran el sistema de asistencia sanitaria y el sistema de asistencia social.

Optimiza y racionaliza el consumo y utilización de servicios y recursos.

Evita duplicidades o carencias de servicios o prestaciones.

Gestiona la asistencia sanitaria integral en los pacientes de alta complejidad.

Conoce el concepto de calidad, de mejora continua de la calidad, y los distintos componentes que la integran.

Conoce y aplica los pasos del ciclo de mejora de la calidad.

Conoce y emplea los distintos instrumentos que se utilizan en cada fase del ciclo.

Conoce y maneja las herramientas de medición de la calidad percibida.

Maneja los conceptos básicos sobre la monitorización de la calidad.

Participa en el diseño y elaboración de una guía de práctica clínica.

Conoce el Modelo Europeo de Excelencia.

Rotaciones y actividades formativas:

Rotaciones en el centro de salud y en unidades de gestión. Talleres o sesiones teóricas con metodología activa.

Breve descripción de los contenidos, actitudes y habilidades:

Bases metodológicas de la gestión clínica: la gestión por procesos y modelos de gestión. ASBE como instrumento para la gestión clínica: toma de decisiones, variabilidad de la práctica clínica, guías de práctica clínica y evaluación de la práctica. Utilidad de los estudios de

eficiencia y coste-efectividad. El liderazgo y su influencia como elemento coordinador y dinamizador de equipos. Estructura y organización del sistema sanitario en todos sus niveles. Modelos de organización de los EAP. Mejora continua de la calidad. Evaluación global y sistemática de la organización.

Actitud positiva hacia la evaluación y el conocimiento del error como método de mejora. Reconocimiento del valor del trabajo en equipo.

Resolución de conflictos. Interpretación de indicadores de uso más frecuente en Atención Primaria. Uso de los programas informáticos utilizados en AP.

Elaboración de criterios o normas de calidad a partir de las evidencias científicas. Identificación y documentación de los procesos asistenciales, elaborando guías de práctica clínica basadas en la evidencia.

Competencias en investigación

Capacidad para:

- a) Basar su práctica clínica y la de los equipos que lidera en la mejor evidencia disponible.
- b) Generar conocimiento científico.
- c) Difundir el conocimiento científico.

Resultados de aprendizaje:

Entender y aplicar los conceptos centrales del método científico incluyendo la formulación de hipótesis, los errores estadísticos, e cálculo de los tamaños de muestras y los métodos estadísticos ligados al contraste de hipótesis.

Fundamenta su práctica clínica cotidiana en bases científicas.

Busca y selecciona documentación clínica específica de su especialidad.

Lee e interpreta críticamente, con una visión aplicativa, la documentación científica.

Elabora procedimientos, protocolos y guías de práctica clínica.

Aplica los principios éticos de la investigación científica.

Diseño, desarrollo y elaboración de proyectos de investigación, especialmente los que estén vinculados con la especialidad.

Identifica necesidades de investigación desde su práctica clínica.

Innova en el campo de la definición de diagnósticos, intervenciones y resultados en enfermería familiar y comunitaria, especialmente en la atención a enfermos crónicos y dependientes, y a individuos y comunidades en situaciones de fragilidad o riesgo para su salud.

Escribe trabajos científicos propios de su especialidad.

Expone y defiende eficazmente trabajos científicos propios de su especialidad.

Transmite a los ciudadanos o a la población, de forma adaptada e inteligible, los hallazgos del conocimiento científico.

Rotaciones y actividades formativas:

Todas las rotaciones. Talleres o sesiones teóricas con metodología activa. Diseño de un proyecto de investigación.

Breve descripción de los contenidos, actitudes y habilidades:

Búsqueda de información relevante. Protocolos, procedimientos y guías de práctica clínica. La ética de la investigación. La lógica del proceso de investigación. Estrategias de investigación cualitativa y cuantitativa. Estadística y análisis de datos cualitativos. Conocimiento de líneas prioritarias de investigación en enfermería familiar y comunitaria. Normas para exposiciones de comunicaciones científicas orales y escritas en los medios más utilizados en enfermería familiar y comunitaria.

Actitud reflexiva ante la práctica clínica e inquietud científica. Inquietud por plantearse y dar respuesta a las preguntas surgidas de la práctica. Interés para que el ciudadano reciba los cuidados de enfermería de más alta calidad. Sensibilidad para compartir el conocimiento y que la disciplina enfermera avance.

Manejo de las principales fuentes de guías clínicas. Realización de una lectura crítica de publicaciones científicas. Elaboración de preguntas de investigación en el ámbito de su especialidad. Coordinación y trabajo en equipos de investigación. Comunicación para exposición en público. Escritura científica.

Rotaciones y actividades mínimas

La atención integral y personalizada que realiza la enfermera comunitaria obliga a realizar intervenciones múltiples dirigidas a diversos colectivos y con diferentes objetivos y metodologías a lo largo de su jornada laboral. Por tanto, un residente que comparta jornada con una enfermera especialista en EFyC tutora, cumplirá en una misma rotación, objetivos de diversos epígrafes de su programa formativo.

Las rotaciones serán planificadas para cada residente con sujeción a su plan individual de formación que se ajustará a la guía o itinerario formativo que será aprobado por la Comisión de Docencia a propuesta del tutor.

Al menos el 60% del tiempo de formación se desarrollará en el centro de salud, en el que el residente llevará a cabo actividades, tanto en consulta como en los domicilios de los pacientes, así como en otros dispositivos, organizaciones e instituciones existentes en la comunidad.

Durante el primer año se llevará a cabo una rotación, de al menos cuatro meses, en el centro de salud donde preste servicios el tutor y se finalizará el segundo año de la misma forma. El resto del tiempo se distribuirá entre tiempo en el centro de salud y rotaciones por otros dispositivos, según recursos y necesidades.

Competencias	Actividad mínima	Dispositivo de rotación
Atención en la infancia.	100 visitas niño sano.	Centro de salud
	50 consultas agudo/crónicos.	Escuela
	Participa en el desarrollo y ejecución de, al menos, un programa de intervención en salud escolar en todas sus etapas	Centro de salud mental infanto-juvenil
Atención en la adolescencia.	Intervención grupal en una de las siguientes unidades temáticas: educación afectivo sexual, prevención embarazo no deseado, ITS, violencia, drogadicción, etc. 25 consultas individuales de adolescentes.	Centro de salud
		Instituto de enseñanza secundaria.
		Consulta joven
		Comunidad: Asociaciones juveniles, centros juveniles de recreo cultura o deporte.
		Centro de salud mental

		infanto-juvenil.
Atención a la salud general en la etapa adulta.	300 consultas de enfermería a demanda/programada en adultos con déficits de salud agudos y crónicos.	Centro de salud
	50 visitas domiciliarias programadas	Centro de salud mental
	Participar en la planificación y desarrollo y evaluación, al menos en una intervención de educación para la salud grupal de adultos con patología crónica.	Unidad valoración dependencia.
	Intervenciones de cirugía menor: 20.	Hospital: Unidad educación diabetológica o de otras patologías crónicas.
	Intervención en los programas de técnicas diagnósticas y/o terapéuticas existentes en el centro de salud (Control anticoagulación, hospitalización domiciliaria etc.).	Centro deportivo para adultos.
	Participar al menos en una intervención comunitaria y/o participación comunitaria	
	Intervención en programa de	

	ejercicio físico para la salud.	
	200 urgencias en C. Salud.	
La atención a la salud sexual, reproductiva y de género.	Orientación para la planificación familiar: 15 parejas.	Centro de salud
	Valoración y consejo sobre ITS a 5 hombres y a 5 mujeres.	Centro de orientación familiar
	Anticoncepción de urgencia e intervención educativa: 10.	Dispositivo de preparación al parto y seguimiento del embarazo en atención primaria.
	Atención y seguimiento a la mujer embarazada: 10.	Hospital: Obstetricia y sala partos, unidad menopausia, unidad prevención cáncer ginecológico
	Colaborar en la asistencia a 5 partos (se potenciará la utilización de simuladores).	
	Visitas puerperales: 10.	
	Promoción de la lactancia materna: 10.	
	Educación para la salud sexual y la convivencia entre géneros: intervención en dos grupos.	

	Atención a la mujer y al hombre en su etapa climatérica: 10.	
Atención a las personas ancianas	300 consultas de enfermería a demanda/programada.	Centro de salud
	Talleres para cuidadoras: 2	Centro deportivo para la tercera edad.
	Intervención en programa de ejercicio físico para la salud.	Centro de salud mental
	Atención a pacientes con deterioro cognitivo en domicilio: 25.	Unidad valoración dependencia.
	Valoración funcional y cognitiva en el domicilio: 25.	Centros comunitarios de atención a ancianos (centros de día, geriátricos etc.).
	Intervenciones para el mantenimiento funcional, social y cognitivo del anciano en el domicilio: 25.	Unidad de coordinación socio sanitaria.
	Coordinación de recursos sociosanitarios: 5.	Dispositivo o unidad de cuidados paliativos (domiciliarios, hospitalarios, etc.).
	Atención a pacientes en final de vida en el domicilio: 10.	
Atención a las familias.	Valoración-intervención familiar en las distintas etapas del ciclo familiar	Centro de salud

	Con niños recién nacidos 2	
	Con escolares: 2	
	con adolescentes: 2.	
	con síndrome «nido vacío»: 2.	
	unipersonales de riesgo: 2.	
	con familiares inmovilizados: 4	
	con ancianos con problemas de salud: 25.	
	con personas en final de vida: 10.	
Atención a las urgencias y emergencias.	100 demandas de atención urgente hospitalaria infantiles.	Centro de salud (Urgencias y atención continuada).
	100 demandas de atención urgente hospitalarias.	Urgencias pediátricas hospitalarias.
	250 demandas de atención urgente en el centro de salud y/o domicilio.	Servicio de atención urgente hospitalario
	10 intervenciones en situación de emergencia.	Servicio de transporte sanitario urgente.
Salud Pública y comunitaria.	2 Actividades de vigilancia epidemiológica (establecimientos	Centro de salud
		Unidad epidemiología (Consejería o servicio de

	alimentarios, manipuladores de alimentos, comedor escolar, mercados, toma de muestras etc.).	salud).
		Unidad de programas (Consejería o servicio de salud)
	Actividades de gestión en al menos 3 programas de salud.	Inspección
		Dispositivos de control alimentario y de manipuladores de alimentos.
		Unidades de salud ambiental.

Competencias	Actividad mínima	Dispositivo de rotación
Atención en la infancia.	100 visitas niño sano.	Centro de salud.
	50 consultas agudo/crónicos.	Escuela.
	Participa en el desarrollo y ejecución de, al menos, un programa de intervención en salud escolar en todas sus etapas.	Centro de salud mental infanto-juvenil.
Atención en la adolescencia.	Intervención grupal en una de las siguientes unidades temáticas: educación afectivo sexual, prevención embarazo no deseado,	Centro de salud.

	ITS, violencia, drogadicción, etc.	
	25 consultas individuales de adolescentes.	Instituto de enseñanza secundaria. Consulta joven.
		Comunidad: Asociaciones juveniles, centros juveniles de recreo cultura o deporte. Centro de salud mental infanto-juvenil.
Atención a la salud general en la etapa adulta.	300 consultas de enfermería a demanda/programada en adultos con déficits de salud agudos y crónicos.	Centro de salud.
	50 visitas domiciliarias programadas.	Centro de Salud Mental.
	Participar en la planificación y desarrollo y evaluación, al menos en una intervención de educación para la salud grupal de adultos con patología crónica.	Unidad valoración dependencia.
	Intervenciones de cirugía menor: 20.	Hospital: Unidad educación diabetológica o de otras patologías crónicas.
	Intervención en los programas de técnicas diagnósticas y/o terapéuticas existentes en el	Centro deportivo para adultos.

	centro de salud (Control anticoagulación, hospitalización domiciliaria etc.).	
	Participar al menos en una intervención comunitaria y/o participación comunitaria.	
	Intervención en programa de ejercicio físico para la salud.	
	200 urgencias en C. Salud.	
La atención a la salud sexual, reproductiva y de género.	Orientación para la planificación familiar: 15 parejas.	Centro de Salud.
	Valoración y consejo sobre ITS a 5 hombres y a 5 mujeres.	Centro Familiar. Orientación Familiar.
	Anticoncepción de urgencia e intervención educativa: 10.	Dispositivo de preparación al parto y seguimiento del embarazo en atención primaria.
	Atención y seguimiento a la mujer embarazada: 10.	Hospital: Obstetricia y sala partos, unidad menopausia, unidad prevención cáncer ginecológico.
	Colaborar en la asistencia a 5 partos (se potenciará la utilización de simuladores).	
	Visitas puerperales: 10.	
	Promoción de la lactancia materna: 10.	
	Educación para la salud sexual y la	

	convivencia entre géneros: intervención en dos grupos.	
	Atención a la mujer y al hombre en su etapa climatérica: 10.	
Atención a las personas ancianas.	300 consultas de enfermería a demanda/programada.	Centro de salud.
	Talleres para cuidadoras: 2.	Centro deportivo para la tercera edad.
	Intervención en programa de ejercicio físico para la salud.	Centro de salud mental.
	Atención a pacientes con deterioro cognitivo en domicilio: 25.	Unidad valoración dependencia.
	Valoración funcional y cognitiva en el domicilio: 25.	Centros comunitarios de atención a ancianos (centros de día, geriátricos etc.).
	Intervenciones para el mantenimiento funcional, social y cognitivo del anciano en el domicilio: 25.	Unidad de coordinación socio sanitaria.
	Coordinación de recursos socio-sanitarios: 5.	Dispositivo o unidad de cuidados paliativos (domiciliarios, hospitalarios, etc.).
	Atención a pacientes en final de vida en el domicilio: 10.	
Atención a las familias.	Valoración-intervención familiar en las distintas etapas del ciclo familiar:	Centro de salud.

	con niños recién nacidos: 2.	
	con escolares: 2.	
	con adolescentes: 2.	
	con síndrome «nido vacío»: 2.	
	unipersonales de riesgo: 2.	
	con familiares inmovilizados: 4.	
	con ancianos con problemas de salud: 25.	
	con personas en final de vida: 10.	
Atención a las urgencias y emergencias.	100 demandas de atención urgente hospitalarias infantiles.	Centro de salud (Urgencias y atención continuada).
	100 demandas de atención urgente hospitalarias.	Urgencias pediátricas hospitalarias.
	250 demandas de atención urgente en el centro de salud y/o domicilio.	Servicio de atención urgente hospitalario.
	10 intervenciones en situación de emergencia.	Servicio de transporte sanitario urgente.
Salud Pública y comunitaria.	2 Actividades de vigilancia epidemiológica (establecimientos alimentarios, manipuladores de alimentos, comedor escolar, mercados, toma de muestras etc.).	Centro de Salud.
	Actividades de gestión en al menos 3 programas de salud.	Unidad epidemiología (Consejería o servicio de salud).
		Unidad de programas

	(Consejería o servicio de salud). Inspección.
	Dispositivos de control alimentario y de manipuladores de alimentos. Unidades de salud ambiental.

Anexo-4

Literatura Gris

1. Sin Autor .Historia enfermería. Disponible en:
<http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria5402-aproximacion2.htm> Consultado el 14 de Marzo de 2013
Anónimo. La dictadura Franquista de 1939 a 1957 Disponible en:
<http://historiaencomentarios.wordpress.com/2011/04/25/el-franquismo-1939-1975/>(Consultado el 7 de Marzo de 2013)
2. Sin Autor. Las Mujeres en la II República española. Disponible en:
<http://blog.educastur.es/correlavoz/2009/04/15/las-mujeres-en-la-ii-republica-espanola/>(.Consultado el 14 de Marzo de 2013)
3. Sin Autor .Octubre de 1982-Victoria histórica del Partido Socialista. Disponible en:
http://www.elhistoriador.com.ar/articulos/mundo/victoria_historica_del_partido_socialista.php.
(Consultado el: 12 de Mayo de 2012)
4. Sin autor ¿Qué es el patriarcado? disponible en
<http://www.tnrelaciones.com/patriarcado/index.html>.(Consultado el 8 de abril de 2013)

Anexo 5-Gion entrevista usuarios

Concepción y perspectivas de la práctica de Enfermería"

1. En el C.S. trabajamos diversos profesionales, cada uno tienen su propia dedicación, estoy trabajando con la universidad sobre si la formación que las y los enfermeros es la adecuada, me interesa que Vds. me ayuden diciéndome en que cosas deben mejorar y cambiar según su propia experiencia.

2. ¿Cuál es su experiencia con las enfermeras del C.S.?

3. ¿Qué espera de los profesionales de la salud, de los médicos y en concreto de las enfermeras? ¿cómo le gustaría ser cuidado? ¿en qué situaciones recurriría a una enfermera?

4. ¿Cuál cree que debería ser el quehacer diario de la Enfermera Comunitaria? ¿Qué cree que pueden aportar a la vida de las personas la EC?

5. ¿Cree que el trabajo de las enfermeras que trabajan en los C.S. ; en esencia, ha cambiado con relación al que se hacía antes , con los practicantes, o en los ambulatorios?

6. ¿Qué visión cree que tiene la población de la enfermera comunitaria, cómo cree que valoran su trabajo?

7. ¿Piensa que el género influye en la profesión?

8. ¿Considera que es un trabajo remunerado adecuadamente?

9. Que son para usted los cuidados de enfermería

9. Para finalizar me gustaría que me dijera una palabra o unas frases propias de cada profesional que le atiende.

Los médicos se dedican a.....

Los/ as enfermeras se dedican a.....

Los administrativos se dedican a.....

Los asistentes sociales a.....

Anexo 6-Guión entrevista gestores, médicos y administrativas

Concepción y perspectivas de la práctica de Enfermería"

1. En el C.S. trabajamos diversos profesionales, cada uno tienen su propia dedicación, estoy trabajando con la universidad sobre si la formación que las y los enfermeros es la adecuada, me interesa que Vds. me ayuden diciéndome en que cosas deben mejorar y cambiar según su propia experiencia.
2. ¿Cuál es su experiencia de trabajar con enfermeras en el CS, cual crees que debería ser el quehacer diario, en que situaciones considera usted, que tendría que recurrir a una Enfermera Comunitaria? ¿Qué cree que pueden aportar a la vida de las personas?
3. ¿Cree que el trabajo de las enfermeras que trabajan en los c.s. ; en esencia, ha cambiado con relación al que se hacía antes de la reforma del año 1986?¿qué formación considera necesaria para trabajar como EC?
4. ¿Qué visión cree que tiene la población de la EC, cómo cree que valoran su trabajo?
5. ¿Piensa que el género influye en la profesión?
6. Cómo definiría usted el cuidado.
7. ¿Cómo ve el futuro de la EC?

Anexo 7-Guión entrevista a profesionales enfermería

"Concepción y perspectivas de la práctica de Enfermería"

1. En el C.S. trabajamos diversos profesionales, cada uno tiene su propia dedicación, estoy trabajando con la universidad sobre si la formación que las y los enfermeros es la adecuada, me interesa que Vds. me ayuden diciéndome en que cosas deben mejorar y cambiar según su propia experiencia.
2. ¿Porque estudió Enfermería, Cuál fue su recorrido profesional desde que acabó la carrera hasta la actualidad?
3. ¿Cuál cree que debería ser el quehacer diario de la Enfermera Comunitaria? ¿Qué cree que pueden aportar a la vida de las personas la EC?
4. ¿Cree que el trabajo de las enfermeras que trabajan en los C.S. ; en esencia, ha cambiado con relación al que se hacía antes de la reforma del año 1986?¿cuál cree que debe de ser la formación de una EC?
5. ¿Qué visión cree que tiene la población de la enfermera comunitaria, cómo cree que valoran su trabajo?
6. ¿Piensa que el género influye en la profesión?
7. ¿Considera que es un trabajo remunerado adecuadamente?
8. Cómo definiría usted el cuidado.
9. ¿Cómo ve el futuro de la EC?

Anexo -8 Texto integro entrevistas

Anexo -8 Texto integro Entrevistas

Entrevista- 1

AU8.M.63

Lugar de la entrevista: en su cocina.

A: Para mi experiencia, la enfermera es como un ángel. Luego he tenido otras experiencias con otras enfermeras que no han sido iguales.

F: Enfermeras somos todas, pasan muchas enfermeras y yo entiendo que conoces a PP, tú hablas de tu experiencia por ella o por todas.

A: Se ha portado tan bien, que me parece que es por ella y por el trabajo, yo la conozco a consecuencia de su trabajo, yo no la conocía de antes. Tuvimos un problema y me lo ha resuelto, me ha dado consejos, mi marido tuvo cáncer de próstata, al principio te apuras mucho, no sabes de qué va y le preguntaba cosas, luego se rompió el menisco, todo a la vez, a mí me parecía todo lo mismo y ella me dio muchos consejos, una persona para mi buenísima. Luego, con la otra enfermera, yo no estoy tan contenta, porque tuve a mi suegra con cáncer de pecho y no se operó, le iba a más, al principio se reventó y la curaba ella, después, eso iba a más, la llamaba a ella y venía una vez a la semana, pero iba a peor, porque se quedó sin pecho ni nada, yo la curaba, íbamos a Pamplona y me decían si era verdad que la curaba yo, porque era mejor que lo hubiera hecho la enfermera, ya que lo que yo hacía era limpieza y no cura, pero la enfermera no quería hacer esas curas, me decía que había que llevarla a Pamplona a San Juan de Dios, entonces pues lo iba haciendo yo, la oncóloga de Pamplona me dio un papel para que viniera más veces la enfermera y no una vez a la semana. No puedo decir que la tuviera en malas condiciones ni dar una queja de algo, fue buena pero no me llenó tanto, cuando le preguntaba alguna cosa me decía que esto era así, que yo no me tenía que haber metido en tanto, porque era verdad que me metí, ahora no lo haría, porque ahora me acuerdo de aquello y me pongo mala, se quedo sin pecho ni nada, estaba gordica y tenía un pecho que se le abría por aquí y por aquí (se señala por el brazo, la zona del pecho y el costado) no sabes tú como estaba, los olores y todo lo que echaba, pero yo me ponía mi mascarilla, mis guantes y la limpiaba, la lavaba y le echaba liquido, yo en ese momento necesitaba más ayuda y ella no me la daba. Yo le decía a mi marido que la enfermera era buena para cuando vas a pesarte, te pesas y te pone una dieta o te quita de fumar, pero cuando hay un caso de verdad, pues no es igual, pero a lo mejor no lo tenía que hacer, yo eso no lo sé, a lo mejor no lo tenía que hacer ella.

F: ¿Tú qué esperas de un profesional de enfermería en el centro de salud?

A: Yo lo que espero, es que igual en un medico que en una enfermera, que cuando tienes un problema y te ves apurada, que te escuche y que te de ánimo, a mi por ejemplo lo que me decía PP me tranquilizaba mucho.

F: ¿Cual crees que debe de ser el trabajo de las enfermeras en los centros de salud? ¿para qué crees que nos ponen a las enfermeras en los CS?

A: Pues para curar y para ponerte inyecciones y todas esas cosas, pero aparte de eso vale mucho también cómo es la persona. Mira, una enfermedad no te la quita nadie, pero si tiene un don de estar con la gente pues eso te llena mucho por lo menos a mí, a lo mejor a otras no, pero a mi sí, cuando me ha tocado me ha pasado eso.

F: ¿En qué situaciones recurrirías a una enfermera?

A: Pues mira, si ahora me pasa algo con mi marido o con mi hijo, iría a mi enfermera y se lo diría, yo le diría lo que me pasa porque para mí son algo, ¿sabes cómo te digo?

F: No entiendo bien lo que me quieres decir.

A: Pues no se, es algo superior a mí, saben lo que tienes y lo que no sabes tú pues te lo explican ellas, a mi me ha tocado vivir eso.

F: Y del médico, ¿qué esperas del médico?

A. Pues mira del médico también lo mismo, pero de la enfermera igual más que del médico, en mi caso ha estado mejor la enfermera que el médico. En mi caso el médico me decía que esto es así, no te preocupes que esto es así y ya está o a lo mejor me decía: "toma esto que con esto irá bien". Pero es que PP me escuchaba, que me lo decía de otra manera y me dejaba más contenta y mejor, como enfermera y como persona.

F: ¿Crees que algo ha cambiado desde que está el consultorio, desde que se hizo el C.S.?

A: Lo que ha cambiado es que vienen muchos médicos, cambian mucho, yo pienso que es mejor que haya un médico y una enfermera más tiempo y no que un día viene uno y otro día viene otro. Ahora con los ordenadores sale toda la historia, pero a mí me parece que es mejor que el médico te conozca.

F: Con relación a las enfermeras y al tipo de trabajo que hacen ¿ves alguna diferencia desde que se crearon los centros de salud?

A: No sé cómo decirte, es que el enfermero de antes también nos conocía mucho, y es bueno que haya una enfermera y un médico en un pueblo mucho tiempo, porque nos conoce.

F: Y con relación al tipo de trabajo que se hacía cuando el practicante estaba solo, a ahora que se está ¿hay alguna diferencia?

A: A mí me parece que no.

F: O sea que te parece que realiza el mismo trabajo

A: Sí, a mí me parece que es igual. Lo único pues eso, que cambian mucho.

F: ¿Cómo crees que valora en general la gente el trabajo de la enfermera? Cuando estás con tus amigos, ¿qué imagen tiene la gente y que imagen tienes tú?

A: No todos somos iguales, porque a lo mejor yo me voy a curar y me lo hace bien, y a lo mejor otro va y se lo hace mal y habla. Pero yo aquí en el pueblo no oigo hablar mal de ellas.

F: ¿Tú crees que son necesarias en los CS.

A: Si, claro que son necesarias, y a veces a lo mejor debería de haber más, porque ahora hacen más cosas, te controlan más, por ejemplo mi madre, que es mayor, tiene que ir cada dos meses a mirarse la tensión, el azúcar y todo eso, y hacen también el ECG que antes no lo hacían. Yo pienso que son necesarias, a veces vas y casi como el médico, te mira ella y ella si tiene alguna duda pasa y se lo dice al médico, yo las veo muy necesarias.

F: ¿Tú crees que su trabajo lo podría hacer otro profesional?

A: ¿Pero otro profesional como?

F: Un médico, una auxiliar, un asistente social...

A: Yo veo que las enfermeras tienen que tener sus estudios y sus cosas, porque hacen curas fuertes, como cuando a mi hijo lo operaron también de una fistula, eso hay que saber hacerlo también, yo es que las enfermeras las veo necesarias.

F: Para ti, ¿que significa que te cuiden, el cuidado?

A: ¿El cuidado?, pues no sé, que estoy más tranquila, por ejemplo mi madre que está vigilada de tensiones y cosas, tengo la seguridad de que cada tres meses vaya y la miren y la controlen. y esta cuidada por eso, yo veo una tranquilidad grande o mi marido que se está pesando y está gordo y le dicen que tiene que perder.

F: ¿Eso te parece a tí que es el cuidar?

A: Si, a mí me parece que eso es cuidar, es un control que te dicen lo que tienes que hacer, a mí me parece que si.

F: Te nombro a diferentes profesionales del C.S., a ver si me dices a que crees que se dedican cada uno de ellos: Médicos

A: A sacarte la enfermedad, le vas a decir a ver que es lo que tienes, y si no te manda a Tudela o a donde sea a ver la enfermedad que tienes.

F: Los administrativos

A: A cogerte la vez de los médicos y esas cosas.

F: Los asistentes sociales:

A: Esos son los que van por las casa a ver qué tal están los pacientes.

F: Las enfermeras también lo hacen

A: Si

F: ¿Qué es lo que hacen los asistentes sociales?

A: Yo pienso que es para eso y si pides una paga para sacártela. Para esas cosas. A mi madre le han quitado ahora la paga.

F: ¿Las enfermeras?

A: Las enfermeras hacen de todo, son todoterreno. Te curan, te controlan y si te pasa algo te mandan al médico.

F: ¿Si no hay enfermedad ¿crees que la enfermera puede hacer algún tipo de trabajo?

Al : Pues que se yo, te dicen que te vayas a andar, te dan consejos, que es lo principal ya te digo. A lo mejor si tienes un poco de depresión, "pues vete andar, vete un poco a distraerte". Para mí a veces es como un medico si es buena y tiene interés.

F: ¿Ves alguna diferencia entre las enfermeras de los pueblos del CS y las del Hospital?

A: Es que a mi parece que es distinto porque en el hospital van más a lo que les mandan, a poner una inyección... En el hospital si te quejas también te pasan al médico pero a mí con las del pueblo me gusta tener confianza.

F: Crees que te han ayudado.

A: Si ya te digo, mira una ya te he dicho yo que no, a lo mejor tenía razón, que eso que tenía era para otro sitio, pero como yo la tenía aquí, pues no me hizo mucho caso, la otra no, todo lo que te diga es poco, la quiero mucho

F: O sea te has sentido arropada.

A: Todo lo que te diga poco, la quiero mucho. La veo y me da mucha alegría, le digo cuando vengán mis nietos, a ver si los casamos.

Es que de verdad, es que me decía: "no te mates , no te preocupes", porque yo me metí un pozo. No se lo decía ni a mis hijos, porque los hijos ya sabes lo que pasa, ni a mis hermas, ni a nadie, me desahogaba con ella, me daba vitalidad. Y todo lo que me decía ha salido bien, que es lista y callada. ¡Qué mujer!

A: Yo creo que podemos finalizar. ¿Cómo crees que podríamos mejorar?, igual nosotros tenemos una idea y vosotros otra, y necesitamos vuestra opinión para poder mejorar

A: Yo veo que es bueno que no nos cambien de nada, a mi me parece eso.

F: Gracias, por todo.

Entrevista -2

BU1.H.73

Lugar de la entrevista: su salita de estar

P:¿Qué visión tiene usted de la enfermeras de los Centros de salud ?

Aquí yo he conocido a varios enfermeros y enfermeras en este tiempo, y siempre han sido personas que han tenido un contacto muy vivo y esto con el pueblo no solo claro por su profesión sino también por su convivencia han sido personas aceptadas en el pueblo en general. Recuerdo el primero cuando vine aquí Jorge Cristobal Madroño que era una persona muy metida en el asunto de el pueblo una persona que era también muy polifacético no solamente hacia su profesión de practicante sino que estaba al frente de las iniciativas del pueblo, las hermandades, en fin es una persona que convivía, no era de Gerena, venia aquí y estaba aquí y se caso con una hija del pueblo y tuvo sus hijos.² Otros que han venido posteriormente siempre han tenido un arraigo bastante normal y aceptado aquí en el pueblo la convivencia con las personas. Eran personas también que tenían mucho prestigio desde el punto de vista de su profesión y desde un practicante que hubo aquí legendario, el padre de Soledad que se llamaba, este hombre suplía incluso unos diagnósticos que podía dar un medico pues los daba el practicante. Era una persona que era muy aceptada y tenía mucho prestigio y la gente atendía mucho sus consejos bajo el punto de vista sanitario.³ A parte de todo esto en la profesión todos ellos fueron gente muy competente eran personas que en el pueblo nunca han tenido quejas que yo conozca de la profesionalidad y la competencia de los practicantes. Siempre han sido personas que han desempeñado su tarea y su afición con mucha destreza y mucha competencia y así ha sido reconocido por el pueblo y yo creo que es una cosa bastante notable.⁴ Ha habido en general,

Se ha notado siempre poco practicante, pocos, aquí podía haber habido el doble de gente, había dos porque hubiera habido ⁴ en el pueblo se ha notado en fin la falta de mas profesionales para que el pueblo estuviese atendido debidamente y en fin lo demás si me quieres preguntar alguna cosa directamente sobre la vida⁵

P:¿Cuál cree que tiene que ser el trabajo de un enfermero en el Centro de Salud ?

El trabajo que debe hacer primero atender la demanda de los enfermos lo que bajo su punto de vista de sus competencias profesionales compete pues teniendo el trabajo del médico por un lado, el trabajo del practicante complementario también y debe de estar también presente no solo bajo el punto de vista de su competencia profesional sino también bajo el punto de vista humano hay que ser una persona que esté presente en los momentos en que psicológicamente hay que apoyar a los enfermos y hay que darles ánimos y ser una persona aceptada por la familia y que por su profesión y su prestigio sea un hombre que se escuche o una mujer que tenga sus palabras oportunas y sea valorado⁶ Creo que esa es una tarea necesaria en general para toda la medicina, no solamente el médico o la rama sanitaria debe atenerse estrictamente a lo que es la patología determinada sino que humanamente deben ser personas muy ricas para poder conectar al frente y ser aceptado al fin y al cabo el ser humano en su patología también presenta unos cuadros especiales bajo el punto de vista psicológico y bajo el punto de vista anímico⁷. Y ahí el practicante, el médico, el profesional tiene que saber desempeñar su oficio no solamente recetando o curando materialmente sino curando también espiritualmente en plan de amigo de asesor, de persona que anima, de persona que estimula, que sea una persona positiva en todos los aspectos. ⁸Es mi punto de vista de cómo debería ejercer su misión y su profesión

P:¿Qué diferencia encuentra usted entre el trabajo que debe realizar el médico y el que debe realizar el enfermero?¿qué es lo que debería realizar cada uno?

El médico bajo el punto de vista de su profesión como persona más especializada el diagnóstico, el tratamiento estar con el enfermo. El practicante como ya lo dice el título muchas veces de su profesión auxiliar no es una persona que complementa la tarea médica que incluso muchas veces suple alguna deficiencia que pueda tener incluso el médico y que sea una persona que no entre en conflictos con la tarea a desempeñar por el profesional, por el médico, sino que entre los dos haya siempre una línea común de trabajo y haya un acuerdo y entre los dos ya que están tratando a un ser humano, en cierta forma se reparten la tarea entre ellos .

P:¿usted ha notado algún cambio de, como usted lleva tantos años aquí, de se hizo alguna reforma sanitaria halla por los años 80?¿a partir de que se hizo aquel cambio de que antes estaba el médico del pueblo, el practicante del pueblo, luego se hicieron los centros de salud y vino más gente ¿ha notado algún cambio en la forma de trabajar de los practicantes?¿qué ha cambiado?

Yo creo que si que ha cambiado un poco las relaciones la humanidad del trato personal, está presente una especialización mayor lo cual trae consigo una división de trabajo y las personas tienen que ausentarse del pueblo tienen que ir a centros de salud o bien comarcales o bien de la provincia y entonces todo se hacía en el pueblo de una manera un poco mas autónomamente y ahora entran muchos más factores muchas más personas en el proceso de la formación de las personas, y entonces el practicante en cierta forma pierde esa

riqueza mayor humanitaria que tenía antiguamente. Tal vez en beneficio de una especialización que requiere la presencia del enfermo en otros centros fuera del pueblo y entonces pues tiene que haber más gente, más profesionales, y yo creo eso, que ha perdido un poco de humanidad y ha ganado en cuanto a eficacia en cuanto a lo que es resultados positivos de la salud física de la persona, pero tal vez se añora más la presencia más humana y constante del sanitario dentro del ámbito familiar por ejemplo e incluso de la amistad y del ámbito personal. Creo que eso es una cosa que ha ocurrido con esta transformación que hubo evidentemente con la sanidad. Antes casi todo se hacía en el pueblo y hoy día casi todo se hace fuera del pueblo, porque la mayor parte de las cosas tienen que irse a otros centros y entonces se pierde ese contacto que había antes antiguamente más fuerte más vinculante a la persona¹⁰

P: ¿Qué significa para usted la palabra cuidado?

Esta persona que vigila la salud, la persona que está preocupada porque se presente un peligro hay que ahuyentar, la persona que está vigilante para que la salud se garantice, no solo es la persona que acude cuando se presenta la enfermedad, es también en cierta forma, el que previene la enfermedad, una prevención también, la vigilancia lleva consigo también la prevención bajo mi punto de vista, la prevención de ciertas urgencias ciertos signos, se puede presentar una terapia que mire para prevenir la enfermedades que puedan venir de la drogadicción como puede ser el sida o pueden ser otra serie de enfermedades, pues la prevención es parte de esa vigilancia donde la sanidad debe estar presente. Encauzar la convivencia y la vida de los ciudadanos para que tengan una vida saludable, una vida sana y evitándole una serie de riesgos que pueden derivar en un deterioro de su salud¹¹

P: ¿Usted en que circunstancia iría a un enfermero?

Cuando me hace falta una atención sobre alguna necesidad por ejemplo menor de salud, en vez de ir directamente a un doctor, pues podría ir a un enfermero para otras necesidades más normales o más corrientes. Iría al enfermero en ese sentido, tal vez reconociendo que debe ser una persona que me puede clarear muchas cosas incluso antes de ir al médico, que me diga pues esto se puede hacer de esta manera o de esta otra y esto conviene que te la vez el médico, y de otra manera el con sus competencias puede aconsejar y hacer muchas veces hay un poco más de autonomía, no es autonomía la palabra, es, bueno, cuando se puede solucionar una cosa se soluciona y no se acude a instancia superior. Eso tiene un término que ahora mismo no me sale, no me acuerdo. Y así el practicante tiene esa cercanía con las personas y muchas veces te sirve mucho porque a lo mejor le quita importancia a cosas que tu le das mucha importancia y él con su manera de ver las cosas te orienta y te dice esto no tiene importancia no te preocupes y anima a la persona. Yo creo que el practicante está llamado a eso a darle al enfermo confianza darle ánimos y tener con él una relación cercana¹²

P: ¿Usted cree que es diferente el trabajo que hace o el que podría hacer si fuera hombre o mujer?

El trabajo es el mismo, el trabajo no depende de eso, lo que pasa es que sería mas o menos diferente su trabajo porque la gente las personas no están acostumbradas a que sea una mujer o un hombre, entonces eso no depende de ello, depende muchas veces de la sociedad, del clima social en el que la profesión ha sido aceptada por la población. A mi ver en general no hay diferencias, en general la gente es abierta hoy en día porque ha habido también otros presidentes de mujeres tanto moco doctora o medica como practicante. Yo creo que cada vez hay menos diferencias en eso hasta que el momento actual mínimas es una cosa que no tiene relevancia a la hora de una distinción en el pueblo por lo menos me parece a mi que a día de hoy por hoy no hay ninguna distinción ni prevención, ni a la enfermera se le considera menos que al enfermero igual que al médico y a la medica creo que son relaciones bastante normalizadas 13

P ¿Si no tuviese un problema de salud iría a hablar de algún tema con el enfermero?¿En algún tema de salud si no hay enfermedad?

Si no hay enfermedad

P:¿Cree que puede hacer algo el enfermero?

El enfermero es una persona que tiene experiencia de mucho trato con muchas cosas y personas y ha tenido a lo largo de su vida ocasión de acumular mucha sabiduría en ese sentido y creo que se puede acudir perfectamente al enfermero para consejos para hablar con el de algunos temas interesantes, importantes tanto que le afecten a la persona y subjetivamente tanto como que haya que hablar de temas importantes como de actualidad. Yo creo que el enfermero es una persona competente para poder orientar en muchos aspectos a la persona aunque no sea directamente un enfermo 14

P:¿Cree que el trabajo de un enfermero lo podría hacer otro profesional?

Yo creo que no, creo que no, que los enfermeros son unas personas que están formadas tiene su competencia, no solamente su titularidad, sino su sabiduría y es una persona que tiene experiencia en cuanto a su oficio conoce bien la materia y entonces un intrusismo en esta tarea me parece nefasto, me parece malo que una persona se quiera meter dentro de ese terreno es muy arriesgado y creo que es una cosa peligrosa15

Entrevista-3

EB5. M.58

Lugar entrevista: Su consulta

Treinta años en primaria

Llegue en el 87 al C.S. .Yo hago ahora los treinta años entonces fue en el 87 junio se abrió el C. S: junto con otros compañeros .Yo venía de hospital.

Elegí venir porque no me gustaba la atención hospitalaria.

El teme era distinto. El trabajo que se hacía era muchísimo más mecanizado, más protocolizado, tenía poca autonomía. Entonces en el C.S. era distinto. En esas fechas vine como sustituta al principio y después conseguí una interinidad y tenía la experiencia hospitalaria pero no tenía ni idea d a Atención Primaria.

De todas formas este fue uno e los centros que primero se abrieron .Aquí llegó un grupo de gente que creía en la Atención Primaria, que creía como se desarrollaba lo que era la salud, el trabajo con la comunidad, y entonces la verdad es que con mucha ilusión y muy a gusto, muy bien con los compañeros que había, abrimos el centro entre todos. Participamos todos en todo, desde lo más sencillo que era poner un esfingo, porque no había, desde habilitar las consultas. Comenzamos aquí y desde entonces, dese hace treinta años estoy aquí, trabajando con la población.

F: Cual crees que es trabajo que debe de hacer la enfermera ¿

B.: trabajar sobre todo con la población, y a demás tiene un ámbito muy amplio Nosotros cuando llegamos aquí, ya te digo, en ese tiempo resulta que lo que había, era un médico de APD. Me acuerdo que habían muchos problemas de epidemiología ,me acuerdo que cuando llegué las vacas y las cabra estaban por el medio del pueblo ,la leche que se consumía no era directamente pasteurizada, la gente consideraba que eso era lo más sano de mundo ,teníamos aquí unas zona endémica de brucelosis, había muchas cosas, desde el punto de vista sanitario para trabajar y sobre todo lo que había era mucho trabajo de educación para la salud que era lo que realmente a mí me gustaba de la Atención Primaria. Entonces era cuestión de cambiar muchos comportamientos a la gente, y eso creo que fue lo que nos motivo, sobre todo a la gente habíamos aquí .Después resulta que, yo te hablo como enfermera, sabes el tema de las vacunaciones era algo que daba pánico .Yo he sido y sigo siéndolo responsable del programa de vacunas. Y después esta zona era una zona endémica de drogodependencia, a demás de heroína pinchada, por vía parenteral .que en otros sitios la tomaban inhalada, aquí no, aquí era pinchada. Entonces daba a que mucha gente. Se sabía que podía haber gente con VIH positivo, pero no se conocían, era una población totalmente desconocida, entonces montamos aquí un programa en el C.S de integración a los pacientes drogodependiente y captación de pacientes con VIH. Entonces hicimos un estudio de la

población, un scrining. Vimos que había muchísimos, bastante población que tenía el VIH positivo, y después era un trabajo integral, no solo trabajábamos con el paciente sino que trabajábamos con muchísimos, porque darle a alguien el diagnóstico de VIH positivo hace veinticinco años era un mundo, entonces trabajar con esas familias también. Y la accesibilidad de esos pacientes que tuvieran para venir aquí al centro, o sea que se nos plantearon una serie de retos.

A mí me gustaba la enfermería, me sigue gustando, al cabo del tiempo a lo mejor, ahora tal como está, digamos por el tema de la administración, no me gusta tanto no, pero lo que es trabajar con la población me sigue gustando. Intentar conseguir una serie de objetivos me sigue gustando, a pesar de que llevo treinta años, y a pesar de que si me tengo que cabrear con alguien, no me cabreo con el paciente con un dolor de muelas o que venga con un dolor precordial, me sigo cabreando con la gente que hay arriba, que no tienen ni idea de lo que es la AP, que son gente gestores y políticos. Yo creo que son gente que no se identifican mucho con los trabajadores, con los que estamos aquí en las trincheras. Yo creo que es un mundo totalmente distinto y creo que eso es difícil, pero bueno independiente mente de eso cada cierto tiempo puede venir un director nuevo, yo llevo aquí treinta años, han venido mil quinientos directores pero yo sigo haciendo mi trabajo y me sigue gustando lo que hago.

F: y como ha sido la evolución de este trabajo ¿

B: un abismo, de cambios hasta hace diez años o así que no estaba todo tan mediatizado, como con el tema político, yo creo que ha sido un constante trabajo de la Atención Primaria, de lo que es trabajar con la población, lo que yo creo que es la Enfermería Comunitaria, entonces yo creo que en eso la población van ya ganando muchísimo.

Desde hace diez años pues, a lo mejor si te lo digo con un poco de insatisfacción e incertidumbre, es por lo mediatizado que está por el tema político. Yo ya también he comprendido, al principio yo creía que la salud se entendía desde otro punto de vista.

Yo también he ido evolucionando, ahora mismo creo que la salud es también una cuestión de gestión y es fundamental, y entonces no sé hasta que límite, porque los que estamos aquí en AP trabajando con la población, a veces entre comillas te digo, tenemos que intentar engañar. Yo por ejemplo he tenido muchos líos y he tenido que decir: bueno los genéricos y le he tenido que decir qué necesidad hay de dar más dinero a los laboratorios si resulta que podemos. Es que esto es un cosa de todos, entonces ha habido cosas y también se que ha habido cosas de medicamentos de genéricos de las presiones, que nosotros tenemos ahora mismo a la hora de prescribir, que me parece más una medida política que otra cosa. Y que aparece el bum en un sentido u en otro.

Cambios muchísimos, de tener a la población totalmente estudiada, de tener ahora mismo un servicio informático y epidemiológico que creo que es estupendo en el sentido de: si aparece un brote de sarampión en un domicilio concreto, el sabe las medidas que hay que tomar. Sabes que ahora, digamos, que las directrices están más marcadas que los protocolos

están más estudiados y esas cosas, pero después y con respecto a la autonomía yo tengo más autonomía en el área de mi trabajo también es cierto. Que a mí me evalúan a través del Diraya de los programas que hay, de cómo me comporto, de cómo está la pauta de vacunación, si tenemos una cobertura alta, si tengo tantos paciente dependientes o independientes, con los programas informáticos que hay ahora y prácticamente te están valorando, pero es cierto que yo, si hora me tengo que quejar de algo, es que si yo hago mi trabajo, tiene que ser reconocido como enfermera, antes partía de la gratitud de la gente de la población. Ahora no, solamente consiste en eso, es que yo ahora mismo, si quiero seguir las directrices que manda el SAS, pues lo que tengo que hacer es dedicarle una tercera parte de mi trabajo a registrar y a veces es que no da tiempo y no da tiempo .

Registrar todas las actividades de enfermería, entonces es que te piden mucho en ese sentido, que me parece bien o sea que no lo cuestiono, que hemos cambiado ahí esta internet.

F: en eso incluyes los planes de cuidados, eso es lo que más trabajo te da ¿

B : claro , planes de cuidados que tú los realizas, cuando tu ya tienes una experiencia de treinta años. Tú los realizas sobre la marcha, porque tú, sabes perfectamente lo que tienes que decir a un paciente, que cosas tienes que reposar, sin embargo en el ordenador no, es que en el ordenador r hacer un plan de cuidados te cuesta veinte minutos.

F: lo consideras que no te facilita el programa informático

B. no es que no me facilite, porque yo ya le he cogido el truquillo y pla pla pla o esto y una vez que tú tienes la práctica y la experiencia.... pero o que si es cierto es que, a lo mejor te quita tiempo. y es que las exigencias cada vez van siendo mayores.

F: lo ves útil de los planes informatizados?

B: yo creo que son necesarios, útil no sabría que decirte. Necesarios sí , porque yo creo que tiene que haber un registro porque es la única a forma, ahora útil no sé.

yo creo que no se está sacando partido de esos datos , que de momento se están sacando datos .Pero ya está pero no está haciendo valoraciones de esos, a lo mejor en un momento dado pues si, a la persona coja todo eso y ah estupendo y pun pun pun. Yo creo que no, que está demasiado estandarizado, que es verdad que a veces coge y trabajar con planes de cuidados estandarizado, es cierto que deban de tener todos los mismos protocolos todo el mundo.

Yo no lo voy a cuestionar, pero yo creo que en un momento dado, por ej, si me valoran mi trabajo, a lo mejor hace veinticinco años y me lo valoran a hora mismo yo creo que poco. O creo que sí que sí, que soy de acuerdo en que me lo pagan en productividad, pero es que, es tan fácil engañar, que eso es lo triste.

Cuanto tú tienes un compañero que hace cinco años pues resulta que, se ha llevado por ponerte tres anotaciones mas, se ha llevado tres mil y pico euros, y tu estas trabajando aquí a demás de porque te guste tu trabajo, es por el tema económico, si no vendrías a trabajar si no te pagaran, a final de mes, pues entonces dices tú, hasta que punto, hasta que punto está repercutiendo en la población, en la calidad de los cuidados, que yo estoy dando o solamente. Yo que me conozco los pies diabético , llevo treinta años, me conozco todo el cupo ,no necesito estar delante de un paciente para ver si tiene los pulsos débiles, para ver si tiene callosidades , o para ver que no. Entonces es cuestión de: cla,cla, cla .Yo intento ser sincera , todavía intento ser sincera con el trabajo que realizo , por tener responsabilidad propia, no por otra cosa , pero bueno yo sé que si ponen aquí ti , ti , ti , apuntar.

B: eso es lo que te está pidiendo la administración, la administración te esa pidiendo que tu registres, no te está pidiendo que tengas una calidad, la calidad se la buscan ellos a través de los estándares que han hecho entonces. Vamos yo no voy a echar piedras a mi propio tejado ni voy echarlas a la enfermería, yo creo que ha habido una evolución muy grande, que en un dado resulta de que hace veinticinco años lo que era una enfermera a la preparación a los conocimientos que tienen ahora es totalmente diferente a autonomía que tiene es diferente su opinión que vale muchísimo, yo podré trabajar aquí con 1500 médicos que en un momento dado preguntan, Ana, no sé cuantos Ana, no sé qué. Porque tengo una credibilidad dentro del población y la credibilidad ha sido día día .y ya esa el tema de la formación pues si es verdad que en un memento dado yo me he formado, pero me he formado durante muchísimos años porque necesitaba una serie de créditos para conseguir una serie de objetivos personales míos, que por la fornicación mía el SAS te va dando cursos, todos los que tú quieras.

F: hay un programa de formación continuada?

B: si,si hay un programa de formación continuada. Tienes que hacer una serie de créditos anuales, entra dentro de tu acreditación personal no te podría decir no he hecho nada lo que si creo es que se ha politizado muchísimo.

Durante muchísimos años es cierto, yo durante muchísimo tiempo he pertenecido a la asociación en defensas de la sanidad pública creía que el tema de a sanidad no era una cuestión de para lo defendía, estado participando activamente y sin embargo yo mismo me lo cuestiono, por como hago guardia de 24 horas, se que a partir de las tres de la tarde que lo que me está entrando y yo creo que lo mismo que yo valoro en un momento dado que es la sanidad , yo creo que la población también tiene que valorarla, porque hace veinticinco años yo creía que era un derecho para todos porque veía que la población a nivel sanitario tenía mucha menos información ,no creo que no que esto hay que darle una solución.

FH: la sociedad ha cambiado?

B: ha cambiado y ha cambiado las formas, entonces no se puede estar como hace como hace veinticinco años que todo el que entre por la puerta se considere con todos los

derechos y ninguna obligación que esto es mío y que a demás que el profesional que esta aquí trabajando, esta porque yo lo pago, no. Eso yo no entonces, es verdad que hay que darle un cambio, lo mismo que se ha dado un cambio en otro sentido con el tema de uso hay que dar un cambio .Una cosa que he defendido durante muchísimo tiempo porque o creo que era una cosa mas de idealismo mío o lo que sea de que la sanidad fuera publica pues, ya no me lo creo tanto .porque yo creo que es que publico todavía no tenemos suficiente conocimiento para estar una cosa pública que tu puedes coger una cosas

Y usarla y tirarla cada vez que te de la gana? No sino que tiene que tener unos..

F: El género tú crees que ha influido en la evolución de estos 35 años, los

B: el género no, lo que si tengo completamente seguro es que será un cambio radical en los próximos 25.eso si porque hay muchísimas más mujeres médicas trabajando hay muchísimas más enfermeras lo mismo que más profesionales en todos los sentidos en todos los sectores. yo voy defender lo que mío , el tema de la mujer lo que sí es cierto es que va a ser prioritario en los próximos años yo creo que si casi con seguridad.

F: el que hubiera mayoritariamente mujeres en las enfermera no crees que haya podido influir de alguna manera en cómo ha sido la evolución. En los sitios en los que había más hombres o más mujeres, a la hora de implicarse, relación con los médicos de que se desarrollar los programas.

B: veras tu yo ya tengo muchísimos años de que profesión esto y yo te estoy hablando de que cuando yo vine aquí el médico que había era el de APD de toda la vida , se llamaba d Pedro y o era la enfermera que entré y resulta que en el hubo un cambio en todos los sentido primero ya no era , bueno el practicante que era anteriormente ,sino que se ha ido valorando la enfermería se ha ido valorando , y en este centro de salud ha sido uno de los centros pilotos. que en un momento dado hemos tenido las primeras directoras que eran enfermeras en este C.S., eso era un Bum que fuera enfermería que la enfermería siempre ha sido aquí una piña ,siempre la voz de enfermería siempre se ha escuchado ,la voz y el boto de enfermería y somos en este cs yo no sé en otros la verdad porque el mundo es muy pequeñito ,lo que sí es cierto es que ha sido prioritario , si aquí enfermería dice vamos a hacer esto, eso es lo que se hace independientemente de la profesiones que haya de administrativas, de celadores de conductores de ambulancia...

B: En este C.S.la enfermería tiene mucho peso y tanto en decisiones muchísimo peso entonces digamos que somos los que tiramos, nosotros nos podemos enfrentar 1500 problemas que aparecen en el día a día y enfermería en la que decide tiramos por este lado por este otro.

F: vosotras empezasteis haciendo mucho trabajo con la población, mucha EPS, y eso cómo ha evolucionado.

B: No la población está muy formada, demasiado formada. Aunque nunca hay que decir que ya está trabajado todo, lo que si hay que decir es que ya tiene una serie de conocimientos. Esos conocimientos es yo o se en diabetes tu ya no tienes que estar dando los mismos consejos, en el tema de la obesidad dietas hipocalóricas, es que la gente se lo sabe. Ahora lo que resulta

FH: ahora cuales consideras que son los problemas prioritarios? como lo trabajaríamos

B: yo como enfermera trabajaría una integración de la sanidad pero a nivel individual, en todos los sectores. En hacerse responsable de que esto es de todos pero, el todos significa por ti mismo, en no abusar del tema de la medición en no seguir acaparando medicamento y medicamentos que no tienen sentido en la buena utilización de esos medicamentos, ya te digo una mayor integración de...

F: crees que ha habido medicalización de la sociedad

B: si totalmente. Totalmente yo lo veo en mi propio cupo por el interés económico, de los laboratorios porque por criterio de salud pública no te puedo decir, ni por criterio epidemiológico no es un argumento objetivo científico, no, creo que no existe .lo que sí creo es que ha habido mucha presión por parte de la farmacéutica y el mundo dese que es tan inaccesible todavía gran parte de los laboratorios que han estado presionando y porque ha sido lo que yo por Ej. Ahora estoy viendo en un momento dado el tema de la prescripción es que es muy fácil el venderte el comprar y el.

Yo no creo que haya sido un gol a la enfermería, yo creo que en los médicos ha habido criterios a la hora coger y poner un medicamento o en otro o lo que sea de que ha sido más los que.... , aparte de que no todo el mundo, pero bueno que han influido mucho los criterios económicos .porque si aquí hay una gotita ,receta esto pun pun, receta esto pun, pun,.. Pues tu coges y en un momento dado y vas y recetas.

F tu crees que tras la aprobación de RD de la prescripción ha podido haber un interés

B: si , a lo mejor ahí es donde tenemos que coger y trabajar enfermería .Porque yo ya no creo que esto des de enfermería y de médicos, es una cuestión de todos y todos cogemos el mismo camino que es bastante difícil ,sin embargo lo que si te digo es veo es una diferencia muy grande por ej ahora si podemos coger el camino , yo todavía sigo creyendo en esto. E lo digo a si , ahora si podemos coger todos el mismo camino y trabajar .lo mejor sin implicar mucho los intereses personales, sino los intereses colectivos , pues la verdad es que haya varitas mágica ,no creo en ella, pero se tendría que coger , pensarlo detenidamente. Coger y decirte por esto por lo pronto haciendo más participe a la población no ya relacionado con el tema de la diabetes .si de so diferente programas de procesos que si diabetes , mayores de 65 , se demás no tanto pendiente de esta pantalla que me parece necesario e los registro que otra vez la enfermería , no solamente ella esto no es cuestión de un gremio, si no todo el personal sanitario ,desde el celador que toma el nombre hasta el conductor de ambulancia ,la enfermera .

F: habría que volver a replantear la salud,

B. es que si no nos volvemos a plantear la salud, yo sé cómo está la salud hoy. La enfermedad, sería cuestión de.

Y el tema de autocuidado, de todas formas yo creo aquí en Andalucía el tema de la ley de dependencia a lo mejor es totalmente distinto del planteamiento del de otras comunidades. ES una escuela de salud, porque ahora mismo yo tengo un montón de cuidadoras, personas que tienen solicitada la prestación y la tienen acreditada entonces eso es una escuela de salud .yo las mimo. A lo mejor no los junto en un grupo ni nada de eso. Pero lo que sí es cierto es que yo las mimo .Estoy trabajando con ellas a nivel individual constantemente. Yo ahora mismo las cuidadora que tengo como la población va aumentando la demanda, a mí me va aumentando yo tengo que gestionar mi tiempo si quiero tener a los pacientes, que es lo que hago pues tengo cuidadoras que ya me conocen. Llevamos trabajando mucho tiempo con el mismo paciente .entonces resulta que utilizan los medios que hay ahora mismo y me viene una persona que le ha salido una herida en sacro o una ulcera en la pierna y le hace una foto y me la trae y me dice sabes tiene tal tal tal , y o le estoy poniendo y quiero que veas cómo está la herida, le hace una foto y me la trae . Yo con esa cuidadora puedo trabajar perfectamente, las cuidadoras no solo las formales, sino las informales. Creo que ahí está la escuela de salud, esa cuidadora o solo sabe cuidar de ese paciente que está cobrando por la ley de dependencia, sino que sabe cuidar de su familia y de su hermana y sabe. Sabe lo que significa la salud, entonces yo creo que ahí entra el tema. Yo la ley de dependencia, yo veo gente que tienen ley de dependencia y digo madre mía, lo mejor veo que con ochenta años, la edad es larga y esto se, la media de vida que tiene los pacientes, a lo mejor resulta que la ha solicitado una persona con ochenta años y me viene y voy yo a curarle está muy malito que lo conozco porque estamos hablando de un marco que es muy, entonces resulta que a lo mejor está trabajando en el huerto.

F tu eres la que va a valorar?

B: si voy a lo, entonces y si una persona con 88 años está trabajando en su huerto, ese no necesita una cuidadora.

O sea que con la ley muchas veces pienso de que hay un abuso que se ha convertido en la tipia casi como las peonadas que hacían antes, y se ha convertido en eso.

F: les da muchas ayudas?

B: ya no tantas con esto de la crisis, no creo que este lo suficientemente bien pagado cuando tu tienes un paciente dependen diente total en que tú tienes yo lo veo que tú tienes en mi cupo que resulta.

El máximo 630 euro la pensión al final se ponga en mil euros de paga , que cobra una mujer , por estar 24 horas. Por las necesidades económicas, son familiares no extranjeros.

De los servicios sociales tienen unas diez 15 horas a la semana eso en un dependiente total dos horas diarias. Menos s y días

Eso independiente mente una de dos, o tiene cuidadora formal o la otra un familiar se hace, cargo entonces cada vez la gente se va utilizando mas las cuidadoras formales, prefieren desprenderse y contratar alguien a través de asuntos sociales del ayuntamiento. Esas formales hay una plantilla de empresas particulares que tienen un consorcio con los ayuntamientos y son las que estipulan cuanto tiempo necesita esa paciente, dos hora por al mañana y dos por la tarde, pues tb trabaja con esas empresas? Esas son las formales, yo en el tema de Ej. Una persona cuando le doy la valoro la ley de dependencia es cierto concienciar hasta ahora esa una labor , que se había hecho sin cobrar ahora que te lo pagan tiene que está más contenta y por lo tanto los cuidados tienes que hacerlos mejor .

Con la enfermera de enlace, muy bien porque el trabajo mucho con ella en el día a día no tengo... A la nuestra a lo mejor le digo que he cambiado esta silla de ruedas porque ha venido un paciente mío que venía con silla que no es de salir a la calle.... Esto lo cambio la Rosa hace no se cuanto que trabajamos conjuntarte desayunamos por tanto lo que hay buen rollo.

F. Los cuidados

B: te puedo decir desde normal, una atención integral del paciente que esta protocolizado y esta mas dicho ahora cuidado es que yo ceo mucha la definición se queda chica. Yo la aprendí hace tiempo y estandarizada en los libros ahora mimo la enfermería es el tema de cuidado también tiene volver a planteárselo yo ceo más que hablar de cuidado lo que tenemos que hablar de autocuidados, que vamos a necesitar tu yo. Que no creo se cuestión de englobalo dentro del E.P.S. que es lo .que entra dentro de los proceso y eso, yo creo que tiene que se algo muchísimo más dinámico, muchísimo. La gente ha aprendido tanto que yo algunas veces cuando llega recomendado a un paciente a una madre hace tiempo de esto que le diera una aspirina al niño cuando tuviera fiebre me dice la madre con el tema de internet, que todo el mundo sabe ahora de todo, y me dice pues si está el síndrome de Reyes y yo me quedaba pasmada. Ahora mismo resulta que se ha vertido tanta información sobre a población sobre temas de salud, que la gente no sabe digerirlo y yo viene una madre con un niño y sabe la abuela que, con un niño con fiebre, lo que hay que hacer paños fríos y paracetamol. Ahora mismo tienen dudas las madres, con la información los medios de comunicación. Los sanitarios ya estamos de malas con los medios comunicación, estamos tantísimas información, que gente no es capaz de asimilarla, y con las cosas más claras y los conceptos más claros .Creo se están perdiendo no a llega, tú no puedes decir esto como es como educar significa empezar por los principios. A un niño de tres años no le puedes decir cosas claras porque no va a tener un razonamiento porque no va a decir.

El tema de cuidado, como de autocuidado, creo que tenemos que aprender a cuidarnos a nosotros mismos, que eso significare que somos capaces de cuidar a los demás y hay cosas muy claras y a demás sitien que tomar paracetamol si tiene tomar ibuprofeno

utilízalas cosas los niños, si tienes que ir a Sevilla coge el autobús a las cuatro de la tarde y ahí no hay duda.

F: Crees que una de las funciones e la enfermera de Puede ser puerta de entrada al sistema sanitario como se está proponiendo?

B: es leu eso lo lleva haciendo desde hace muchísimo tiempo en los hospital lo hacen los enfermeros, los escrinings ya lo están haciendo. Yo creo que la enfermería ya esta haciendo demasiadas cosas yo no creo que se deban hacer más cosas .No creo que se tenga que estancar, creo que es la profesión más dinámica que ha existido en todo tiempo yo creo que tano a enfermería no se le puede pedir. Enfermería no es la panacea, no es ,no somos brujas, ni tenemos, no. Yo creo que no tenemos el arte de curar ulceras ni nada por mucho que nos cambiado los tratamientos, ya te digo que esto yo creo que es una cuestión de todo el mundo, enfermería no creo yo que se deba dar más responsabilidades, yo creo que en los últimos 25 años si me dices tú a mi desde que yo entre aquí hasta hoy en día creo que ha dado un vuelco casi radica ceo que es el mismo vuelco que va a tener en los próximos años medicina.

Los próximos años los podemos valorar con mucha incertidumbre, yo ya estaré para jubilarme. Será estupendo intentar disfrutar, habrá cambios pero de aquí a los próximos no creo que vaya haber tantos cambios, habrá una catarsis que no va a repercutir en la población si no en los profesionales, con el tema de la informatización, registros, tiene que repercutir mas tarde o más temprano, de tener más claro. Lo mismo que antes sobre un papel teníamos estandarizado los planes de cuidados, pero que no sea solamente el hecho de coger y decir pico aquí salto aquí tititi

Los resultados debería de evaluarse yo creo que es por donde tenemos que empezar, sino se hacen evaluación pero no en los próximos 5 años, sino muchísimo mas tiempo y tata enfermería, yo sigo siendo enfermera llevo trabajando treinta años.

Mucha gente me ha preguntado y tu porque no has estudiado medicina?

Y porque no me gusta, me gusta más el contacto con la población, todavía me gusta mi profesión, creo que en los próximos con la experiencia que tengo, en los 15 años que me quedan, si no me quema la administración creo que seguiré trabajando. Hace 5 pensaba que si me tocase la lotería seguiría en mi trabajo, hoy lo tengo más en duda porque hay otros condicionamientos que no me gustan, ya está. Intentar apartarme de las presiones administrativa, entrar por la mañana hacer mi trabajo, unos días me voy muy contenta y otros días me voy muy enfadada.

Con lo de la unidades de gestión clínica, creo que no se puede dar tanto poder a una sola persona. yo siempre he creído en los equipos y en los equipos de A.P. Yo estoy trabajando en un E.A.P. Hace 35 creo era lo ideal, no sabía que estábamos cuestionado cuando en Inglaterra empezaba a funcionar esto, no se sabía por dónde iba a tirar esto y yo creo que sigue siendo lo ideal trabajar en equipo y todavía creo en eso, trabajar en equipo y así a nivel

individual con mis compañeros, con mi enfermera de enlace, con mi trabajadora social, con mi administrativo.

A mí no me dan una valoración global de cómo va este E.A.P., a mí me dan una valoración individual de cómo funciona. El Ana era no me dan una valoración global no me están haciendo ninguna cosa que diga esto es del EAP

El pensar engloban en EAP a una individualizaron

Antes decías que trabajabas en el SAS y yo atendía unos paciente y conforme ha ido pasando el tiempo porque claro trabajo en una empresa entonces he comprendido que el paciente es cliente pero el mismo que el que entra por el corte inglés, saca la tarjeta visa tiene derecho a todo, tiene derecho a reclamar todo a pedir todo y a o tener ninguna, obligación si o quiero darle al botón de la escalera automática, pararlo me van a decir eso no lo debería hacerlo usted , pero si soy un cliente que estoy con la visa y estoy pagando no creo que me digan nada esto ha sido un error de la máquina que se ha parado .

Yo no creo en el copago, he sido de sanidad pública, eso me choca esa idea yo lo de los copagos no lo se, que en más demanda los servicios son los que más necesidades tiene y menos tienen económica mente pero creo si gestionar la utilización de los servicios si

Si vienen cinco personas por un dolor de muelas que es cuestión de tomar un noloil están un servicio de urgencia pues mira, si me dicen que está utilizando su médico de familia u salud responde si bien de urgencia pues no lo sé si resulta de que a en un momento es capaz de controlar gasto cuánto gasta en que lo has gastado

B. Cribaje

B: Con la tarjeta sanitaria

B : impedir no se tenga que impedir

B: Como gestionarías eso Pagando si con el copago que hubiera una gente privilegian que dijera las soluciones así aquí lo que si es cierto que debe haber un control

Si van por problemas banas u vas diez veces, que le cobre en hacienda. Aquí se intento con los hiperfrecuadores .Y ahora voy a decirle que no vaya al hospital cuando no le dan al solución....

Entrevista -4

EA2.M.55

Lugar de la entrevista: en una sala del colegio de enfermería

Veintidós años en primaria

F- La tuya va a ser más larga que la de Ester. Tu por qué hiciste enfermería?

A- Yo porque me encantaba, o sea desde muy jovencica tenía muy claro que quería ser enfermera, además enfermera no medicina

F- Por qué?

A- No te sé decir porque, porque ni tengo familiares ni médicos ni enfermeras, pero siempre me ha gustado, yo creo que me gusta mucho cuidar, a mi es lo que más me gusta

F- Que es cuidar para ti?

A- Todo, o sea es un conjunto, cuidar del estado físico, psíquico, de intentar adelantarme igual a situaciones, prevenir un poquito, poner remedio, si no tiene remedio a ver lo que se puede hacer, no sé, mira yo era buena estudiante y en el colegio Compañía de María, las monjas les decían a mis padres, que haga medicina, que no y que no y que no, enfermería, y después de treinta tantos años que llevo trabajando no me cambiaba por un médico, si que te juro que me jubilaba ahora mismo pero si me dijeran mira vete medico que vas a cobrar mucho mas, no es que a mí me gusta ser enfermera, no te se decir por qué porque no lo sé, yo veo a mis hijos que acaban de terminar de estudiar, y mi hijo hizo derecho por descartar y ahora esta encantado, lo mío no, enfermera y enfermera y no te se decir por qué a mí mi trabajo me ha gustado mucho y me sigue gustando, eso no quiere decir que bueno que ya me voy cansando.

F- De tu experiencia cual crees que debería ser el quehacer diario de las enfermeras en los centros de salud?

A- Yo a veces pienso que hemos sustituido un poco a los curas de antes, sobre todo escuchar, escuchar, aparte de cuidar y curar, que si que nuestra función es cuidar, pero sobre todo escuchar, consolar, yo creo que la gente a veces viene con un problema y no tienes una solución, una pastilla mágica, pero solo el hecho que se estén un rato contigo y tu les escuches y ellos vean que tu les escuchas y que de alguna manera empanizas con ellos, bueno igual se van con un poquito menos de dolor o se van más contentos aunque tengan el mismo dolor, a mi me parece fundamental, yo creo que antiguamente las enfermeras de antes asían lo mismo, porque se repartían el trabajo entre el cura y la enfermera, y ahora eso, porque a ti no sé si te pasa, porque tú ves a la gente, que encima que los conoces de muchos años, conoces a toda la familia, el entorno familiar, conoces dónde viven, porque no es lo mismo cuando estaba en el hospital, en una consulta de especialista y venia uno de Buñuel, venia con su bolso sus medias, peinada y yo no sé si pasaban hambre, vivían con cucarachas o en un castillo, ahora sí, me voy de una cosa a otra, pero el hecho que tengas una persona delante y le escuches, y sabes, le puedes decir es que igual esas nauseas que te dan todos los días igual no es del estomago, igual estas preocupada porque tu hijo no tiene trabajo o porque se ha separado de la mujer o porque estas de tu marido hasta el moño, sabes?, entonces estas en una situación

privilegiada porque conoces a esa persona desde muchos ámbitos, desde prácticamente todos, entonces es muy importante eso, a mi con diferencia el puesto de trabajo que tengo ahora es el que más me satisface y el que más me gusta con diferencia de todos los que he hecho en mi vida, hay gente que le gusta el quirófano, gente que le gusta rayos, me gusta mucho sacar sangre, pero esos son técnicas que se aprenden y ya está, lo otro es como consuelo, escuchar, a veces no consigues nada, a veces al revés, conviene que hagamos una dieta que dejes de fumar, y la gente tuerce el morro también, no?

F- Tú te acuerdas de cómo fue el cambio, de cuando se hizo la reforma?

A- Sí, lo que pasa que yo trabajé en el ambulatorio muchos años y cuando .toco que ese ambulatorio en concreto se reconvirtiera en A.P. yo me fui al hospital, y estuve 4 años, entonces yo me perdí los 4 primeros años del cambio, con lo cual yo no viví eso, si que puedo comparar mi anterior experiencia en el centro como ambulatorio y a mi experiencia ahora como centro de salud, pero el momento del cambio no lo viví porque me fui al hospital, si que a la vuelta note cambio, yo recuerdo cuando empecé en el ambulatorio era estar sentada al lado del médico y era recetas, recetas y se te salían por las orejas, y si eras espabilada te daba para hacer recetas y para hacer alguna cura, y para aprender un poco, pero era un trabajo más de administrativo que de enfermería, cosa que luego cuando volví al C.S. ni color, que de entonces ahora han pasado 17 o 18 años, también la cosa ha cambiado bastante, pero creo que el sitio de verdad para una enfermera de vocación es un C.S., por lo menos para mí, porque tienes autonomía, dentro de que trabajes con el médico, si ya te llevas bien con él, que es mi caso ya miel sobre hojuelas, porque es un trabajo de colaboración mutuo, yo le hecho una mano a él y él a mí y nos complementamos, el hace su trabajo y yo el mío pero tenemos muchas cosas en común y yo con Forcada nos complementamos muy bien, yo estoy feliz en ese sentido, porque tienes autonomía para tomar decisiones tienes un contacto con la gente increíble, haces de verdad de enfermera porque lo mismo curas que cuidas que puedes prevenir que puedes hacer educación, puedes no hacer nada, cumplir el expediente darle al ordenador y punto pelota, pero eso ya depende de cada cual, pero para mi el trabajo de una enfermera, este, ni en el hospital en una planta porque ahí se hacen mas técnicas de enfermería, pero para mi es algo más que todo eso sin descuidar las técnicas, yo así lo veo.

F- Y de cuando aquellos años que tu te fuiste al hospital, porque dijeron que se iba a hacer un C.S. y tu decidiste subirte al hospital, de lo que se decía que iba a ser A.P. la teoría a lo que ahora estamos, cómo crees que ha sido la evolución

A- A peor, creo, se ha vuelto mucho a la demanda, mucho, y se ha dejado, por lo menos en mi centro y en mi experiencia, al principio hacíamos educación para la salud grupal en diabetes, ahora no se hace, hacíamos menopausia, ahora no se hace, la demanda se nos va comiendo, por un lado eso, y por otro lado es fácil decir eso, cuando lo más cómodo es decir yo me limito a ver a los que vienen y lo demás si no me obligan porque es trabajo, es trabajo y la gente en general no está por la labor, y la gente que está por la labor se termina quemando, y al final todas nos vamos volviendo a lo cómodo, también creo que a nivel político la cosa tiene algo que ver, porque yo entiendo que la idea esta si no estoy equivocada fue un momento que estaba el Psoe que le dio como una especie de impulso a este tipo de trabajo y de enfocar la sanidad, luego el PP creo yo, también ha recortado y todos nos escudamos en que hay mucha demanda y poco tiempo, y al final pues podríamos hacerlo pero que duda cabe que es mucho esfuerzo mucho trabajo y si uno mira para allá y otro para allá, la que tira del

carro cuando lleva 3 años tirando del carro dice pues voy a mirar yo también para allá a ver lo que pasa, eso es lo más cómodo

F- Crees que las directrices políticas influyen?

A- Pienso que si, pueden impulsar más, o sea el dinero es el que es, pero de impulsar más aquí o más allá, pues como todos, tú en tu casa tienes este dinero y dices pues me lo gasto en viajar, en joyas o en muebles, pues el político hace lo mismo, creo

F- Qué formación consideras que debería ser la adecuada para venir a trabajar a primaria, hace falta algo especial o con el grado es suficiente?

A- No conozco muy bien el grado, no lo sé

F- Con la formación básica, con los estudios de una enfermera, será suficiente

A- A ver, yo entiendo que la enfermería una cosa son técnicas de enfermería, que por supuesto hay que aprenderlas y hacerlas bien, y además, todo lo demás que no sé si es pedagogía, psicología, no sé ponerle un nombre, pero que no es decir, yo soy buenísima sondando, pero si soy un cardo borriquero, la he cagado, me explico no?, quiero decir tengo que saber sondear muy bien porque esa es mi obligación pero además con una sonrisa, con delicadeza poniendo la toalla donde la tengo que poner, más las técnicas de enfermería, de asepsia, etc., creo que igual nos enseñan pero me parece que es igual en la carrera de medicina, te enseñan mucha teoría, mucha anatomía, mucha técnica igual y se está perdiendo o no se ha dado nunca, la faceta no sé si humana, no sé cómo llamarla, no estoy diciendo religiosa que yo no lo soy, es otra cosa, es somos personas humanas, eso, no sé cómo explicarte eso. Eso se ha descuidado en medicina también, yo soy del comité de bioética del área y ahí veo que, me metí porque esos temas me gustan, yo creo que va todo un poco junto, en ese comité por ejemplo, aunque se vaya un poco del tema, hay de todos los estamentos, hay trabajadoras sociales, gente que no tiene nada que ver con la medicina, enfermeras, auxiliares, médicos, y en los médicos sobre todo yo veo medicina, medicina y medicina, y en las enfermeras, y auxiliares veo más cuidados, ponerte un poco en el lugar del otro, pues igual de hacer la cama grrrr, a qué tal has dormido, estas bien, te voy a dar la vuelta a la almohada que estas mas fresquica, esas tonterías no se tienen en cuenta y yo creo que tanto de auxiliares como en nuestro trabajo en general, en la sanidad es muy importante y no se enseña, no sé, a ver que yo un día puntual puedo ser la más borde del mundo, pero procuro que no, procuro esforzarme en eso y eso te da miles de satisfacciones mucho mas que poner una sonda bien, o sacar sangre a la primera en una vena difícil, que también. Luego me dirás tu a mi algo, no sale con nombre no?

F- No

A- Vale, porque me estoy desnudando, te estoy diciendo de verdad lo que siento, también te digo que si me dicen toma el dinero y vete a tu casa, me voy más contenta que chupita.

F- Cómo crees que nos ve la gente a las enfermeras?

A- Muy bien, nos valoran mucho, en general, pero es por lo que te digo antes, porque estamos en una situación frente a ellos privilegiada, conoces su medio de vida, su casa, que a mi ellos no conocen mi casa, no saben cómo vivo, y yo sí sé si tienen dificultades, si tienen la casa limpia aunque sea humilde o muy bonito todo y luego resulta que el marido y la mujer se llevan como el culo, quiero decir, entonces como estamos en esa situación privilegiada, a poco que tu escuches y a poco que te

des, ellos te valoran un montón, yo me siento muy muy querida en general y además muy respetada y también confían en mí, no sólo a la hora de contarte algo sino como profesional también, pues vienen a sacarse sangre, y dicen hay qué bien que me toca contigo, que tontería porque eso también se lo dicen a Ángeles sus pacientes y a Estibaliz los suyos, pero eso te agrada, te valoran en todos los sentidos, yo me siento muy querida

F- Piensas que la cuestión de género ha influido en la evolución de la profesión en estos años?

A- Si, ya te he dicho antes que creo que enfermería, sin quitarle nada a los hombres y que espero que esto cambien porque eso quiere decir que los hombres también cuidan y cuidan igual de bien que nosotras, pero en general es una profesión fundamentalmente femenina porque por tradición de siglos y siglos las que cuidamos somos las mujeres, y enfermería es una profesión de cuidar, sin dejar de lado las técnicas que son fundamentales, pero es una profesión de mujeres, porque tradicionalmente los hombres no han cuidado, ojala dentro de 100 años me hagas la misma entrevista y te diga que los hombres ya están a la altura porque ya están cuidando igual de bien o de mal que nosotras, pero hasta ahora no ha avanzado tanto, no están a nuestra altura, nosotras no estaremos a su altura en otra cosa, pero en esto no, siguen cuidando más las mujeres a los abuelos a los hijos, aunque ya van, pero creo que tendrán que pasar muchos años todavía.

F- Cómo ves el futuro?

A- En A.P. en concreto?

F- Si, en enfermería comunitaria

A- Yo tal y como veo las cosas bastante negro por varios motivos, políticamente vamos otra vez a la derecha que yo creo que no están mucho por este tipo de funcionamiento, también veo mucho la privatización y también que así como antes el fundamento de primaria y comunitaria era la prevención, la educación, para la salud, ahora por unas cosas y por otras nos hemos ido relajando y estamos demanda, demanda, y cuando te dicen de hacer algo, nosotras mismas es que no tenemos tiempo, y probablemente no tenemos tiempo pero tampoco ganas, porque eso supone más trabajo, yo que he hecho educación para la salud para diabéticos, he trabajado mucho en mi casa preparando todo, hablar con todos, es mucho trabajo y la gente no estamos por la labor (me incluyo) y tampoco te lo reconocen, ya no digo económicamente (que también), sino de ninguna manera, llega fin de mes y mi compañero/a que cobra igual que yo ha trabajado la cuarta parte, y al final dices bueno pues ya esta, esto es lo que hay, y tus jefes tampoco te lo reconocen que esa es otra y la verdad te quemas, uno tiene su corazoncito y te quemas, yo me he quemado mucho, y sigo haciendo cosas pero muchas menos de las que haría igual hace 10 años, me he quemado, cansado, desmotivado, no he encontrado apoyo por las jefaturas, no me refiero a mis compañeras, Elvira, Elida, de jefas de enfermeras, hablo de Santi para arriba, en concreto con Santi, no nos apoya nada de nada nunca jamás, ya ni te cuento, en fin, eso desmotiva mucho, yo me he ofrecido para hacer OMI para hacer cursos, para todo, nunca jamás ha venido a decirme muchas gracias, lo has hecho bien o la gente está muy contenta, y ahora últimamente me pagaban algo, que he hecho eso sin pagar pero es que nadie me decía tienes derecho a cobrar esto, no me había ni enterado, y a la mierda, no tengo ganas, me explico? entonces te desmotivas, te quemas, y me voy haciendo mayor que también cuenta, tengo ahora otras prioridades,

así de claro, siendo que procuro no descuidar mi trabajo y aun así creo que hago cosas, me voy a la cama con la conciencia tranquila, que podría hacer más? sí seguro

F- El tema de la informatización como crees que afecta?

A- Veo cosas muy positivas y alguna cosa negativa, como positivo tienes mucho acceso a más información, siempre a nivel técnico porque OMI esta muy bien preparado a nivel de recoger datos técnicos, cifras de tensión, de colesterol, en cuanto a enfermería el PAE me parece muy difícil de hacer, tampoco nadie nos ha preparado a nivel informático, con lo que voy escribiendo con agilidad con 2 dedos y si miro al teclado no miro a la persona que tengo delante, pero nadie pretende que en enfermería si nadie me ha enseñado informática y mecanografía, entonces tienes que ir supliendo una cosa con otra. Las ventajas en cuanto a información de que tienes un paciente ingresado y puedes acceder a su historia, y le llamas y sabes de qué estás hablando pues bueno, a nivel lo que es técnico te facilita mucho, a nivel de enfermería tienes una barrera delante porque si miras la pantalla o el teclado no miras a la cara al de adelante, entonces hay que tener un poco de habilidad para darle la vuelta, y los Planes de cuidados me parecen farragosos, complicado y eso que ahora con las plantillas un poco mejor, pero realmente, si no tienes agilidad que yo no la tengo, y mira que yo empecé con el ordenador desde el primer día, pero cuesta

F- El tema de la prescripción cómo lo ves?

A- No he hecho el curso y no sé si lo voy a hacer, y no sé ni si estoy de acuerdo en que nos obliguen o nos digan que tengamos que hacerlo, porque nosotras prescribir medicamentos de tipo antibiótico, antiinflamatorios, no lo vamos a hacer nunca porque para eso están los médicos, y las pomadas llevamos haciéndolo, yo desde que soy enfermera, hace 35 años, con lo cual desconozco el curso, no lo he hecho y me voy a pensar si lo hago, y si quieren que me jubilen, o sea que es que, yo creo que mi obligación está en estar al día en todos los tratamientos que yo vaya a manejar, desde apósitos de curas, pomadas, aceites, ácidos grasos, lo que sea, mi obligación es estar al día y emplear cada cosa cuando la tenga que emplear, y me parece que ahí acaba mi función, no sé si voy a hacer el curso, y no sé si lo voy a hacer.

Anexo -9 Publicaciones

Hueso Navarro, Fabiola; Cid, Carlos; Hernández, M^a José; Huércanos Esparza, Isabel; Giral Guembe, Anuntxa. El significado del cuidado: Percepción de los usuarios de dos Áreas de Salud de Navarra y Sevilla. Rev Paraninfo Digital. 2012; VI (15) Disponible en : <http://www.index-f.com/para/n15/pdf/106o.pdf>. (Consultado el 27 de Junio de 2014.) (Cuiden citación RIC: 0,152)

Germán Bes, Concha; Chamizo, Carmen; Hueso Navarro, Fabiola; Subirón, Ana Belén. El método biográfico y la compilación de biografías e historias de vida de profesionales de la Enfermería española. Temperamentvm 2011, 13. Disponible en <<http://www.index-f.com/temperamentum/tn13/t1302.php>> (Consultado el 27 de Junio de 2014.) (Cuiden citación RIC: 0,375)

Hueso Navarro, Fabiola. Cuidar: expresión humanizadora de enfermería [Cuidar: Expressão humanizadora da enfermagem], de Vera Regina Waldow [comentario de texto]. Ética de los Cuidados. 2011 ene-jun.; 4(7). Disponible en <<http://www.index-f.com/eticuidado/n7/et7714.php>> (Consultado el 27 de Junio de 2014). (Cuiden citación RIC :0,1176)

Germán Bes, Concha; Hueso Navarro, Fabiola; Huércanos Esparza, Isabel; Ferrer Arnedo, Carmen. Exploración del término "buen trato", dicho por familiares y usuarios de los servicios de salud. Rev. Paraninfo Digital 2011; Año V (14) Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n14/pdf/166d.pdf>. (Consultado el 27 de Junio de 2014.) (Cuiden citación RIC: 0,152)

Germán Bes, Concha; Hueso Navarro, Fabiola; Huércanos Esparza, Isabel. El cuidado en peligro en la sociedad global. Enferm Global -Esp- 2011; 10(23):221-232. Disponible en: revistas.um.es/eglobal/article/view/125491.) Consultado el 27 de Junio de 2014). (Cuiden citación RIC: 0,32

Hueso Navarro, Fabiola; Germán Bes, Concepción. Vivencias de mujeres musulmanas, en su relación con el sistema sanitario de Navarra. Un estudio fenomenológico. Rev. Paraninfo Digital, 2010; 9. Disponible en: <[para/n9/i036.php](http://www.index-f.com/para/n9/i036.php)> (Consultado el 27 de Junio de 2014.) .(Cuiden citación RIC : 0,152)

Germán Bes, Concepción; Hueso Navarro, Fabiola Cuidados humanizados, enfermeras invisibilizadas Rev Paraninfo Digital 2010; IV (9) Disponible en : <http://www.index-f.com/para/n9/pi009.php>(Cuiden Citación RIC: 0,14)

