

## Enfermería de salud pública en España y Navarra a lo largo del presente siglo

V. Garisoain<sup>1,2</sup>, R. Merino<sup>1,3</sup>

### RESUMEN

La propia evolución del hombre a lo largo de la historia, las reformas políticas y las propias reformas de los sistemas sanitarios, han llevado a las distintas profesiones relacionadas con la salud a participar de esta evolución, en la que los profesionales de enfermería no se han mantenido al margen, cambiando tanto sus funciones como su formación.

En lo que al campo de la salud pública se refiere, parece que la tarea desarrollada por estos profesionales a veces quedara olvidada y perdida, por lo que con este artículo se pretende presentar la labor realizada por las enfermeras comunitarias a lo largo de este siglo, dedicando una especial atención a su desarrollo en Navarra y a una propuesta de futuro.

**Palabras clave:** Enfermería. España. Historia. Navarra. Salud Pública.

### ABSTRACT

The evolution of humanity over the course of history, political reforms and the reforms of the health services have brought the different professions related with health to take part in this evolution. The professionals of nursing have not remained outside this evolution, changing both their functions and their formation.

With respect to the field of public health, it seems that the task developed by these professionals is sometimes overlooked and lost, which is why this article attempts to present the work realised by community nurses throughout this century, paying special attention to their development in Navarra and a proposal for the future.

**Key words:** Nursing. Spain. History. Navarra. Public Health.

*ANALES Sis San Navarra 1997; 20 (3): 373-389.*

- 1 Diplomada en Enfermería de Salud Pública.
- 2 Servicio de Docencia, Investigación y Desarrollo Sanitarios.
- 3 Centro de Salud Rochapea.

Aceptado para su publicación el 22 de septiembre de 1997.

**Correspondencia**  
Dña. Victoria Garisoain  
Pabellón de Docencia  
Recinto Hospital de Navarra  
C/ Irunlarrea, 3  
31008 Pamplona (Navarra)

## LA SALUD PÚBLICA Y EL ORIGEN DE LA ENFERMERÍA COMUNITARIA

El concepto de salud pública ha ido evolucionando a lo largo de la historia con la propia evolución del hombre y su manera de entender el proceso de salud-enfermedad, pudiéndose asegurar que las actividades colectivas organizadas de protección de la salud se remontan a la época precristiana. Aunque es a finales del siglo XVIII cuando Johann Peter Frank, considerado el promotor de la Salud Pública moderna, a través de su tratado "Sistema de una completa policía médica" establece los principios del ejercicio público de la salud<sup>1</sup> y a mediados del siglo XIX se produce un mayor desarrollo en todos los países del concepto de salud pública. Este desarrollo comienza en las ciudades industriales del norte de Europa como respuesta al gran número de enfermedades de la clase trabajadora, que dan lugar a importantes epidemias<sup>2</sup>. En Inglaterra se desarrolla un movimiento de salud pública centrado en el saneamiento e higiene en el que destaca la figura de Edwin Chadwick, con el informe sobre las condiciones sanitarias de la población trabajadora de Gran Bretaña en el año 1842. Paralelamente, en Estados Unidos se produce un movimiento similar que da lugar al Informe de la Comisión Sanitaria de Massachusetts en el año 1850, en el que se llama la atención sobre las malas condiciones sanitarias de la ciudad de Boston, y está considerado como la contribución más importante a los orígenes de la salud pública americana. Como consecuencia de estos informes, los gobiernos de diversos países de Europa y América del Norte establecieron por primera vez servicios de salud pública, denominados de Sanidad e Higiene, que van a llevar a cabo acciones dirigidas al medio ambiente y a la colectividad<sup>3</sup>.

Este movimiento fue posteriormente eclipsado por un planteamiento más determinista debido a la teoría microbiológica de la enfermedad, iniciada por los descubrimientos bacteriológicos de Pasteur y Koch<sup>4</sup>. Es en esta época cuando los servicios de sanidad e higiene pública tienen un desarrollo espectacular caracterizándose por los servicios de medicina preventiva individual, desarrollo del saneamiento y

por la creación de hospitales y consultorios.

La aparición de los antibióticos, la disminución de las enfermedades transmisibles y el desarrollo en los países industrializados de nuevas ideas sobre el estado de bienestar, van a repercutir en la creación de servicios nacionales de salud y en la puesta en marcha de seguros sociales de asistencia sanitaria, añadiéndose al concepto de salud pública los términos de restauración y recuperación de la salud<sup>5</sup>. A partir de este momento se definirá como Salud Pública "los esfuerzos organizados por la sanidad para proteger, promover y restaurar la salud de los ciudadanos".

Los elevados costes de la asistencia sanitaria llevarán a un replanteamiento de prioridades en el campo de la salud, destacando en el año 1974 el informe realizado por Marc Lalonde, "una perspectiva en la salud de los canadienses", que va a marcar un nuevo enfoque de salud pública en los países desarrollados<sup>6</sup> el cual trata de integrar cambios ambientales, medidas preventivas individuales e intervenciones terapéuticas adecuadas, reconociendo la importancia de los estilos de vida en los problemas de salud, valorando como necesario para poder abordarlos adecuadamente, políticas que apoyen la promoción de la salud. En esta línea de actuación, la Organización Mundial de la Salud se erige en líder con la "Estrategia de Salud para Todos en el año 2000", en la que se identifican como metas principales, la promoción de estilos de vida, la prevención de las enfermedades y el establecimiento de servicios de rehabilitación, considerando la atención primaria esencial para la consecución de estos objetivos (OMS, 1978)<sup>7</sup>.

En este contexto se va integrando la profesión de enfermería, aunque no es hasta el siglo XIX en Gran Bretaña cuando se puede hablar del origen de la enfermería de Salud Pública<sup>8</sup>. La primera organización en esta disciplina se constituyó en Liverpool gracias a William Rathbone, un acaudalado ciudadano que, influenciado por los cuidados domiciliarios que la enfermera Mary Robinson había prestado a su esposa, llegó a la conclusión de que los pobres, cuyas enfermedades se veían

agravadas por falta de recursos y ambientes inadecuados, podían obtener gran ayuda gracias a los cuidados cualificados de las enfermeras en sus domicilios<sup>7</sup>.

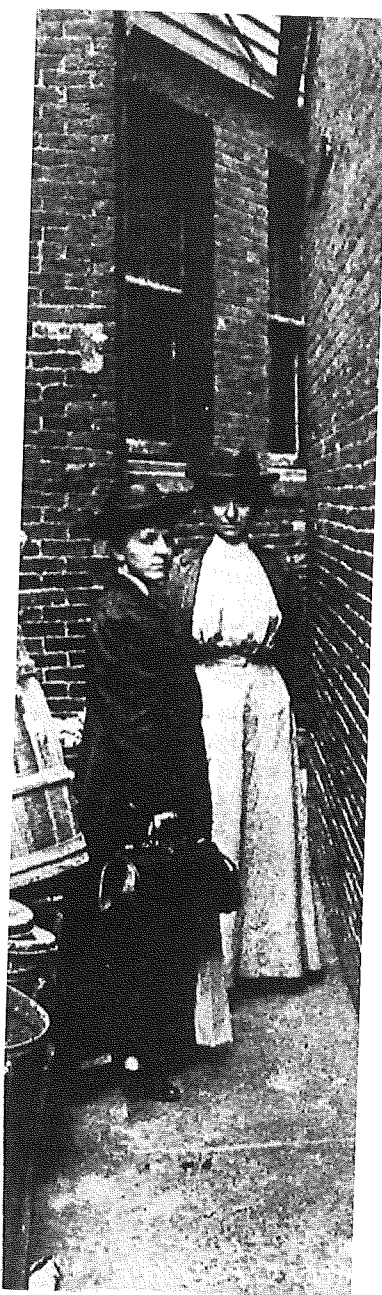
El contacto que Florence Nightingale (1820-1910), precursora de la profesionalización de la enfermería, mantiene con Rathbone acerca a esta enfermera a posiciones sanitarias, empleando el concepto de "Enfermería para la salud" y diferenciándolo de la enfermera hospitalaria a la que denominaría "Enfermería para la enfermedad"<sup>6</sup>.

En Estados Unidos durante el siglo XIX se produce un movimiento parecido al inglés, aunque los intentos de impulsar la enfermería domiciliaria no dieron fruto y su desarrollo fue posterior al de Inglaterra. Los primeros servicios de enfermería domiciliaria estaban conectados con grupos religiosos y caritativos. En Boston y Filadelfia en 1886, se crearon asociaciones laicas de enfermeras visitadoras cuya principal función era la educación sanitaria (Fig. 1). Estas asociaciones fueron uno de los factores que ayudaron a expandir el alcance de la enfermería domiciliaria hasta el campo más amplio de la salud pública<sup>7</sup>.

En 1893 Lillian Wald creó la Institución de la Calle Henry en New York que alcanzó de renombre internacional y desde donde se llevaban a cabo cuidados de enfermería a domicilio y un programa organizado de actividades sociales, culturales y educativas. Lillian Wald transformó a la enfermera visitadora en enfermera comunitaria, siendo considerada como fundadora de lo que actualmente se denomina enfermería de salud pública o comunitaria. En 1912 se funda en Estados Unidos la Organización Nacional de Enfermería de Salud Pública siendo Lillian Wald su primera presidenta<sup>7</sup>.

En España, en el campo de la enfermería, las ideas anglosajonas y americanas en cuanto a enfermería de salud pública no tuvieron influencia, debido fundamentalmente a la fuerte tradición en este país de la enfermería hospitalaria. La atención extrahospitalaria no era considerada como función de las enfermeras, pudiéndose entender la labor desarrollada por las Enfermeras de la Sanidad Nacional y de

la Cruz Roja como el origen de la enfermería de salud pública en España<sup>6</sup>.



**Figura 1.** Enfermeras visitadoras de Boston. 1910. Historia de la Enfermería. V III. M.E. Donahue. Doyma.

## MARCO LEGISLATIVO Y ORGANIZATIVO DE LA SANIDAD EN ESPAÑA Y NAVARRA

A finales del siglo XIX y durante el siglo XX se produce en España un desarrollo legislativo y organizativo muy importante que condiciona el perfil y funciones de los sanitarios y entre éstos de los profesionales de enfermería, por lo que es importante destacar los aspectos más relevantes.

Para tener una dimensión apropiada de esta evolución es preciso retroceder hasta el año 1855 en que, por primera vez, se tiene referencia escrita de una norma de carácter general, la primera Ley General de Sanidad, promulgada por la Reina Augusta Isabel II, que establece un sistema de prestaciones asistenciales basadas en el libre ejercicio profesional de los médicos<sup>8</sup>.

Tuvieron que pasar 49 años para que en 1904 se publicase la Instrucción General de Sanidad Pública en la que se reglamenta la higiene municipal y la sanidad e higiene provincial, se mantiene el sistema de prestaciones asistenciales y se aborda la organización de las profesiones sanitarias. Esta Instrucción en Navarra es la primera referencia escrita sobre legislación sanitaria<sup>8</sup>.

En 1925 se desarrollan los Reglamentos de Sanidad Municipal y Sanidad Provincial cuyas características principales son la regulación de responsabilidades de las Diputaciones y Municipios en materia sanitaria y sanidad colectiva. Durante estos años en Navarra, la responsabilidad de la sanidad pública es asumida por el Estado<sup>9</sup>.

Es el año 1942 cuando se crea el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) en el ámbito del Instituto Nacional de Previsión, reconociendo el derecho de los trabajadores a la asistencia sanitaria. La aparición de este seguro da lugar al desarrollo de una importante estructura sanitaria, planteándose la necesidad de encontrar profesionales que pudieran hacer efectivas sus prestaciones. Esta situación se solucionó nombrando como sanitarios del Seguro a los Médicos y a los Practicantes Titulares que tenían plaza en la Asistencia Pública Domiciliaria<sup>8</sup>.

En 1944 se promulga la Ley de Bases de la Sanidad Nacional, documento de gran importancia en la realidad sanitaria espa-

ñola, en la que se establece y define entre otras cosas, la estructura sanitaria y sus competencias en materia de sanidad colectiva e individual, así como los profesionales sanitarios implicados en su desarrollo. Con la promulgación de esta Ley la Inspección Provincial de Higiene pasa a denominarse Jefatura Provincial de Sanidad y establece que es el Estado el responsable de la Sanidad Pública, desarrollándose en el Instituto de Sanidad de Navarra actividades de prevención y acción medioambiental<sup>10</sup>.

Desde 1964 a 1979 se van desarrollando diversos planes sanitarios que, de alguna manera, marcan el carácter y el modelo de planificación sanitaria del vigente sistema, y que inspiraron en el año 1978 la creación del Ministerio de Sanidad y Consumo y Seguridad Social.

A nivel mundial se producen dos hechos de gran relevancia, por un lado finaliza el más largo período de la historia de crecimiento económico y por otro, un cambio muy importante en los problemas de salud. Estos hechos dan lugar a una redefinición de los sistemas sanitarios y a la adopción de nuevas prioridades y metodologías de planificación. Este cambio de prioridades va a ser impulsado por la O.M.S, dando lugar a un movimiento universal que difícilmente encuentra precedentes en la historia, siendo uno de los hechos más significativos la Conferencia de Alma Ata en el año 1978, que señala a la Atención Primaria como la clave para alcanzar la meta de "Salud para Todos".

La repercusión en España de estos hechos se materializa en la reforma de la Atención Primaria emprendida en la década de los años 70-80. En Navarra entre los años 1975 y 1978 se crean los primeros centros de salud promovidos por la Jefatura Provincial de Sanidad y cofinanciados entre el Estado y los Ayuntamientos respectivos<sup>9</sup>. A finales de los años ochenta y comienzos de los noventa se alcanza el 90-95% de cobertura sanitaria en la población y en el momento actual, se puede decir que se aproxima al 100% quedando exclusivamente por incorporarse a la reforma dos consultorios de Atención Primaria en Pamplona (Fig. 2).



Figura 2. Centro de Salud de Rochapea. Vista parcial. 1997.

Esta reforma ha sido posible gracias a disposiciones legales importantes, que se pueden concretar fundamentalmente en la Constitución Española (1978), el Real Decreto 137/84 de Estructuras Básicas de Salud y la Ley General de Sanidad (14/1986)<sup>11</sup>.

Con la creación del Ministerio de Sanidad en el año 1977, en Navarra se producen cambios a nivel organizativo muy importante, creándose en el año 1980 la Dirección General de Sanidad y en el año 1984 la Consejería de Salud. A partir de 1.979 se comienzan a producir las transferencias de las competencias del INSALUD a las Comunidades Autónomas realizándose en Navarra el 1 de Enero de 1991 según Real Decreto de Transferencias, lo que va a posibilitar la aplicación de la Ley Foral de Salud de 1990<sup>9</sup>.

### ENFERMERÍA DE SALUD PÚBLICA EN ESPAÑA Y NAVARRA HASTA LA REFORMA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Es a finales del siglo XIX y principios de XX cuando se establece en España la profesión de enfermería bajo las denominaciones de "enfermeras", "practicantes" y

"matronas", proporcionándose el reconocimiento legal de las mismas y dando lugar a la institucionalización de los cuidados<sup>12</sup>.

En el año 1857 con la Ley de Instrucción Pública se regulan por primera vez, los estudios para obtener el título de practicante, pero no es hasta el año 1904 cuando, a raíz del Real Decreto de 10 de agosto, se organizan los estudios de "practicantes y matronas", reconociéndose finalmente en el año 1915, la actividad profesional de las "enfermeras"<sup>12</sup>.

Aunque los practicantes y las enfermeras tenían funciones similares, su formación era diferente; las enfermeras cursaban sus estudios en escuelas dependientes generalmente de hospitales y los practicantes lo hacían en las facultades de medicina. La actuación de la enfermera se centraba sobre todo en el campo hospitalario. Aunque los practicantes también desarrollaban su actividad en hospitales, su mayor dedicación estaba dirigida hacia las comunidades de las pequeñas poblaciones, donde gozaron de gran prestigio y contribuyeron a desarrollar la medicina social o comunitaria. Por otro lado las

matronas se formaban en escuelas vinculadas a hospitales maternas<sup>12</sup>.

A nivel europeo, ya en el año 1836, Theodor Fliedner y su mujer Friederike fundaban en Kaiserswrth, en el Rin, la primera escuela de enfermeras. A esta escuela acudió Florence Nightingale que posteriormente creó en el año 1860, la escuela de enfermeras en el Hospital de Saint-Tomas en Londres, donde se formaron enfermeras con un nuevo enfoque científico, lo que trajo consigo la completa regeneración de la enfermería inglesa y posteriormente mundial<sup>13</sup>.

Sin embargo tuvieron que pasar unos años para que se creara en Madrid, en 1896, la primera escuela de enfermeras de España, llamada "Santa Isabel de Hungría"<sup>12</sup>.

Durante la guerra civil se interrumpe esta formación, y es la Falange Española la encargada de realizar la labor de organizar cursillos de enfermeras hospitalarias, y sociales, creando el título de "Dama Enfermera Española"<sup>12</sup>.

En 1952, se diseña una reforma del plan de estudios con una orientación que podía haber creado cierta tradición en enfermería de salud pública, ya que incluía asignaturas de marcado carácter comunitario como Sociología, Higiene Mental y Medicina Preventiva<sup>6</sup>. Esta orientación desaparece con el Decreto de 4 de diciembre de 1953 en el se unifican los estudios de las tres profesiones en una sola, denominada "Ayudante Técnico Sanitario" (ATS)<sup>12</sup>.

En Navarra en el año 1954, el Opus Dei crea la primera escuela de ATS, el Instituto Nacional de Previsión funda en 1964 su propia Escuela ubicada en la Residencia Sanitaria Virgen del Camino y la Diputación Foral funda su Escuela en 1965 situada en el Recinto del Hospital de Navarra<sup>9</sup>.

En 1977, según Real Decreto de 27 de julio de 1977, se transforman las Escuelas de ATS en Escuelas Universitarias de Enfermería, utilizándose ya entonces la denominación actual de Diplomado Universitario de Enfermería (DUE), que supone la recuperación de la palabra enfermería perdida en el período anterior<sup>12</sup>.

Enmarcándose en esta evolución de la profesión y de forma paralela, debe considerarse la labor desarrollada por las Enfermeras de la Sanidad Nacional como el origen y consolidación de la enfermería de salud pública en España, sin olvidar tampoco la contribución que desde otros ámbitos como el Cuerpo de Enfermeras Visitadoras y de Enfermeras-A.T.S del Instituto Nacional de Previsión en el nivel primario de atención, realizaron en este ámbito de actuación.

Es a partir de los años setenta cuando la Organización Mundial de la Salud con su estrategia de "Salud para Todos" va provocar un cambio en el modelo de trabajo de los profesionales sanitarios, afectando directamente la labor desarrollada por los profesionales de enfermería, que van a tener que proporcionar cuidados en todos los niveles de atención, con una orientación dinámica de la salud, dando lugar a un replanteamiento de la profesión, principalmente en el ámbito de la Atención Primaria<sup>12</sup>.

Con lo dicho hasta el momento se pueden observar diferentes modalidades de trabajo de enfermería antes y después de la reforma de Atención Primaria, en las que se puede apreciar diferencias tanto en el contenido de trabajo como en la denominación académica y que de manera breve se van a exponer a continuación:

### 1. Enfermeras de la sanidad nacional

En el año 1919 se crea un Comité de Enfermeras Domiciliarias, que se dedican a visitar los hogares necesitados, aconsejando y divulgando prácticas higiénicas elementales, sobre todo en maternología y puericultura. Esta iniciativa puede considerarse como precursora de lo que posteriormente se denominarían "Visitadoras Sanitarias o Instructoras de Sanidad"<sup>14</sup>.

En 1933 se crea la figura de "Enfermera Visitadora y Sanitaria" formadas en la Escuela de Instructoras Sanitarias radicada en Madrid, filial de la Escuela Nacional de Sanidad de la Dirección General de Sanidad, que desarrollaban su trabajo en los Centros de Higiene Rural e Institutos

Provinciales de Higiene. Las actividades que realizaban estaban encaminadas a mejorar las condiciones higiénicas de la población, lucha contra las enfermedades infectocontagiosas y sociales, y a la educación sanitaria de los ciudadanos<sup>6</sup>. Esta formación se interrumpe hasta 1941, año a partir del cual se van a formar profesionales denominados "Instructoras Sanitarias" que van a colaborar en luchas sanitarias e Instituciones y Patronatos dependientes de la Dirección General de Sanidad. Los estudios realizados en esta Escuela proporcionaban un "Diploma Sanitario" y el ingreso en los escalafones de "Instructoras Sanitarias", "Puericultoras Auxiliares" y "Enfermeras del Patronato Nacional Antituberculoso"<sup>15</sup>.

Si nos centramos en Navarra, la construcción en Pamplona, en el año 1935 del Instituto Provincial de Higiene, va a traer un gran desarrollo de servicios sanitarios, contribuyendo a aumentar el número de profesionales de enfermería, que con titulación y formación diferentes, "Practicantes" e "Instructoras Sanitarias", van a realizar su trabajo principalmente en los servicios de:

a. *Vacunaciones*. Las Instructoras Sanitarias realizaban la vacunación infantil de viruela, tosferina, fiebre tifoidea en adultos y ya desde principios de los años cuarenta la vacunación antirrábica.

b. *Patronato Antituberculoso*. Durante estos años la tuberculosis en España es considerada como una enfermedad social, tanto por su extensión como por afectar a grupos sociales económicamente débiles, por lo que en el año 1931, la Sanidad Nacional del Estado se hace cargo de la lucha antituberculosa que va a dar lugar en el año 1936 a la creación del Patronato Nacional Antituberculoso, que disponía de:

- Sanatorios en cada provincia, centros asistenciales cerrados en los que se realizaba el tratamiento tanto médico como quirúrgico de los enfermos y se estudiaba la rehabilitación social y profesional de los mismos. En Navarra, situado en Barañain.

- Dispensarios en las capitales, centros asistenciales abiertos en los que se realizaba la detección de nuevos casos, trata-

miento de los enfermos y la derivación a los Sanatorios.

- Consultas de Tisiología en pueblos importantes, donde se realizaba la detección de casos y su derivación a los dispensarios. En Tudela, desde 1947.

- Preventorios Infantiles, donde se internaba a niños infectados pero sin lesiones clínicas y, en general, a aquellos procedentes de familias con miembros tuberculosos, con el fin de prevenir la enfermedad.

Atendiendo a esta estructura, en el Instituto de Salud Pública de Pamplona se sitúa el Dispensario Antituberculoso en el que trabajaban las Instructoras del Patronato, cuya misión principal era la visita de los enfermos en sus domicilios, efectuando el seguimiento del tratamiento así como la detección y derivación de familiares al dispensario para su estudio<sup>16</sup>.

c. *Servicio de Enfermedades Venéreas y Dermatología*, en el que un practicante colaboraba en los exámenes de salud de prostitutas y se aplicaban los tratamientos para las enfermedades venéreas (lavados con "permanganato" en el caso de blenorragias y con "bismuto intramuscular" y "neosalvarsan intravenoso" en el caso de sífilis).

d. *Servicio de Higiene Infantil*, en el que las Puericultoras auxiliares colaboraban en los exámenes de salud y seguimiento del crecimiento de los niños y educación maternal (primeras leches artificiales denominada "Maternax").

A partir del año 1944 y hasta finales de los años cincuenta, se van a desarrollar en los Institutos de Sanidad actividades de prevención y de acción medioambiental. En Navarra, excepcionalmente, se van a realizar actividades que dependen por un lado de la Diputación Foral y por otro del Estado; en lo concerniente a enfermería van a seguir conviviendo profesionales de diferente procedencia y formación: Instructoras Sanitarias, Enfermeras del Patronato Antituberculoso y Enfermeras Puericultoras del Estado, y Practicantes y Enfermeras dependientes de Diputación,

que colaboran en acciones de epidemiología y prevención colectiva, a través de:

a. *Dispensarios:*

- Dispensario de Puericultura (Fig. 3) donde se desarrollaban las actividades de:

. Vacunación infantil. Se realizan las campañas de vacunación de la fiebre tifoidea en escolares que iban a colonias y a principios de los años cincuenta comienza la vacunación de difteria.

. Educación sanitaria en los aspectos relacionados con higiene y alimentación

. Tratamientos con rayos ultravioleta para prevenir el raquitismo.

. Seguimiento del crecimiento infantil y escolar.

. Curas y cirugía menor.

. Apoyo al pediatra puericultor en la consulta.

. Registro de datos en fichas individuales (talla, peso, vacunas).

- Dispensario del Tórax: Con la aparición en los 50 de las hidradidas, medicación específica contra la tuberculosis, se produce un fuerte descenso de la misma y

en el año 1958 al Patronato Nacional Antituberculoso se le añade la denominación "y de las enfermedades del tórax" (PNA y ET), incorporándose los servicios de la llamada lucha contra las enfermedades cardiovasculares<sup>16</sup>.

- Dispensario de Enfermedades de transmisión sexual. Continuando con las acciones ya comentadas.

b. *Servicio de Vacunaciones:* desde donde se realizaba la vacunación de adultos y las campañas de vacunación infantil en los pueblos.

c. *Servicio de Epidemiología:* en el que colaboraban Instructoras Sanitarias en el seguimiento de las enfermedades de declaración obligatoria y estadística sanitaria, prácticas de desinfección y control de brotes.

d. *Laboratorio de Análisis y Hematología,* en el que practicantes y enfermeras realizaban análisis de tipo químico en aguas, y clínicos y bacteriológicos a donantes de sangre y a enfermos.

e. *Banco de Sangre,* donde en el año 1947 se realizó la primera transfusión.



Figura 3. Dispensario de Puericultura en el Instituto de Sanidad de Pamplona.



Durante los años sesenta y setenta se produce un fuerte impulso de la Salud Pública que a su vez va a incidir en el trabajo desempeñado por los profesionales de enfermería, la incorporación de A.T.S. tituladas, y un mayor desarrollo debido a nuevos conocimientos y tecnologías, entre los que cabe destacar:

a. *Campañas sanitarias de ámbito nacional*

- Campañas de vacunación infantil (polio, DTP, Triple vírica).

- Campaña de erradicación de la tuberculosis (1965-1986). En el año 1964 la Organización Mundial de la Salud, designa el día 7 de abril como "Día Mundial de la Tuberculosis" instando a los países a actuar a escala nacional, lo que posteriormente dio lugar en España al Plan Nacional de erradicación de esta enfermedad caracterizado por las acciones de "prueba de tuberculina", vacunación de B.C.G, radio-diagnóstico y quimioprofilaxis".

En este plan tuvieron un papel destacado los profesionales de enfermería del PNA y ET que colaboraron muy activamente. El primer paso para poner en marcha la misma, fue formar estos profesionales según criterios establecidos y recomendados por la O.M.S. Para ello, una enfermera del Patronato fue a Holanda para estudiar con el Dr. Bleiker, Coordinador para Europa de los estudios sobre sensibilidad tuberculínica de la Unión Internacional contra la Tuberculosis. Cuando esta enfermera volvió a España se dedicó a transmitir sus conocimientos en cursos teórico-prácticos en Madrid, en los que paulatinamente se fueron instruyendo todas las enfermeras que habían de intervenir en esta campaña. En Navarra se comienza en diciembre del año 1965 con dos enfermeras y en el año 1968 se suma un segundo equipo, lo que permitió proporcionar una mayor cobertura a la población<sup>16</sup>.

- Campaña de cloración de las aguas de abastecimiento y piscinas a partir de 1971.

b. *Problemas sociales.* Colaboración en problemas sociales colectivos, como la lucha contra el cáncer, salud mental, estudio de enfermedades colectivas no transmisibles como alcoholismo,

c. *Servicios especializados.* Los servicios antes mencionados de Epidemiología, Laboratorio, Banco de Sangre, Puericultura y Salud Escolar, Enfermedades del Tórax.

A partir de la reforma de la Atención Primaria (1978) se produce la transferencia de un número importante de las actividades desarrolladas en el Instituto Provincial de Sanidad, a los Centros de Salud de nueva creación. Esto va a dar lugar a una nueva orientación del ahora denominado "Instituto de Salud Pública" con un enfoque principalmente medioambiental e Inspección, siendo declarado Centro Colaborador de la O.M.S. Esta situación conllevará la conservación de algunas actividades anteriores y la creación de nuevos servicios, lo que producirá la reubicación de los profesionales de enfermería. En el momento actual, el Instituto de Salud Pública cuenta con un número pequeño de enfermeras que trabajan en los servicios de: Promoción de la Salud, Vigilancia Epidemiológica, Unidad Central de Vacunas y Laboratorios, así mismo otro pequeño número de profesionales se encuentra desarrollando funciones en diversos servicios de la Administración Sanitaria.

## 2. Enfermeras Visitadoras (\*)

En España la primera referencia a la inspección de los servicios sanitarios del Sistema de la Seguridad Social, se encuentra en el artículo 44 de la "Ley Fundacional del Seguro Obligatorio de Enfermedad" de 14 de diciembre de 1942. En el Reglamento de 11 de noviembre de 1943 que desarrolla la Ley Fundacional, se dedica un título íntegro a la "Inspección de Servicios Sanitarios del Seguro" señalando entre otras funciones el desarrollo de medidas

(\*) Información y documentación facilitada por M<sup>a</sup> Antonia Soto, enfermera visitadora de INP.

preventivas. Así mismo indica el Cuerpo Sanitario de Inspección que va a desarrollar estas funciones, especificando las escalas de Médicos Inspectores, Farmacéuticos Inspectores y Enfermeras Visitadoras que dependerán orgánicamente del Instituto Nacional de Previsión (Ministerio de Trabajo).

En el año 1954 se aprueba el Reglamento del Cuerpo de Visitadoras de la Inspección de Servicios Sanitarios del Seguro Obligatorio de Enfermedad que va a ser de gran importancia, ya que va a desarrollar la organización, ingreso, nombramiento, funciones y deberes de este cuerpo sanitario. Entre las funciones y en relación con la salud pública es interesante destacar su artículo 25 que dice, "al efectuar la visita domiciliaria la enfermera:

- Orientará a los asegurados en lo relacionado con sus derechos y deberes.

- Realizará una labor de vigilancia y asesoramiento de las futuras madres, instruyéndolas sobre normas de higiene referentes a su estado.

- Desempeñará las medidas preventivas que se requieran con los familiares de los enfermos".

Se puede decir que el trabajo de la enfermera visitadora en su primera etapa hasta aproximadamente el año 1970, consiste principalmente en la visita domiciliaria de los asegurados, en la que se realiza educación sanitaria en dos situaciones diferenciadas, por un lado a la madre embarazada y por otro a las personas enfermas, realizando de esta manera funciones de educadoras sanitarias tanto en personas enfermas como en sanas.

Con la creación del Ministerio de Sanidad y la división del Instituto Nacional de Previsión en el año 1980 (INSALUD, INSS, INSERSO), las A.T.S Visitadoras pasan a depender del INSALUD.

En Navarra en una primera etapa que comprende desde el año 1946 hasta el 1966, cinco enfermeras visitadoras estuvieron trabajando en contacto con asegurados y sus familias en los domicilios, tanto en situación de baja por enfermedad

como en el caso de madres gestantes, siendo el contenido más importante de la labor desempeñada en esta visita el de educación sanitaria. La enfermera realizaba su trabajo en una zona o barrio lo que facilitaba el conocimiento de la población, problemática, falta de medios, contribuyendo en gran medida en la educación sanitaria de la población, en unos años en que los consejos sanitarios eran de especial importancia.

En la segunda etapa comprendida desde el año 1966 hasta 1977, debido al desarrollo industrial de Navarra y una mayor cobertura del seguro de enfermedad, trae consigo que en la visita domiciliaria el tema más importante sea la inspección de las bajas laborales, aunque sin abandonar los aspectos de educación sanitaria.

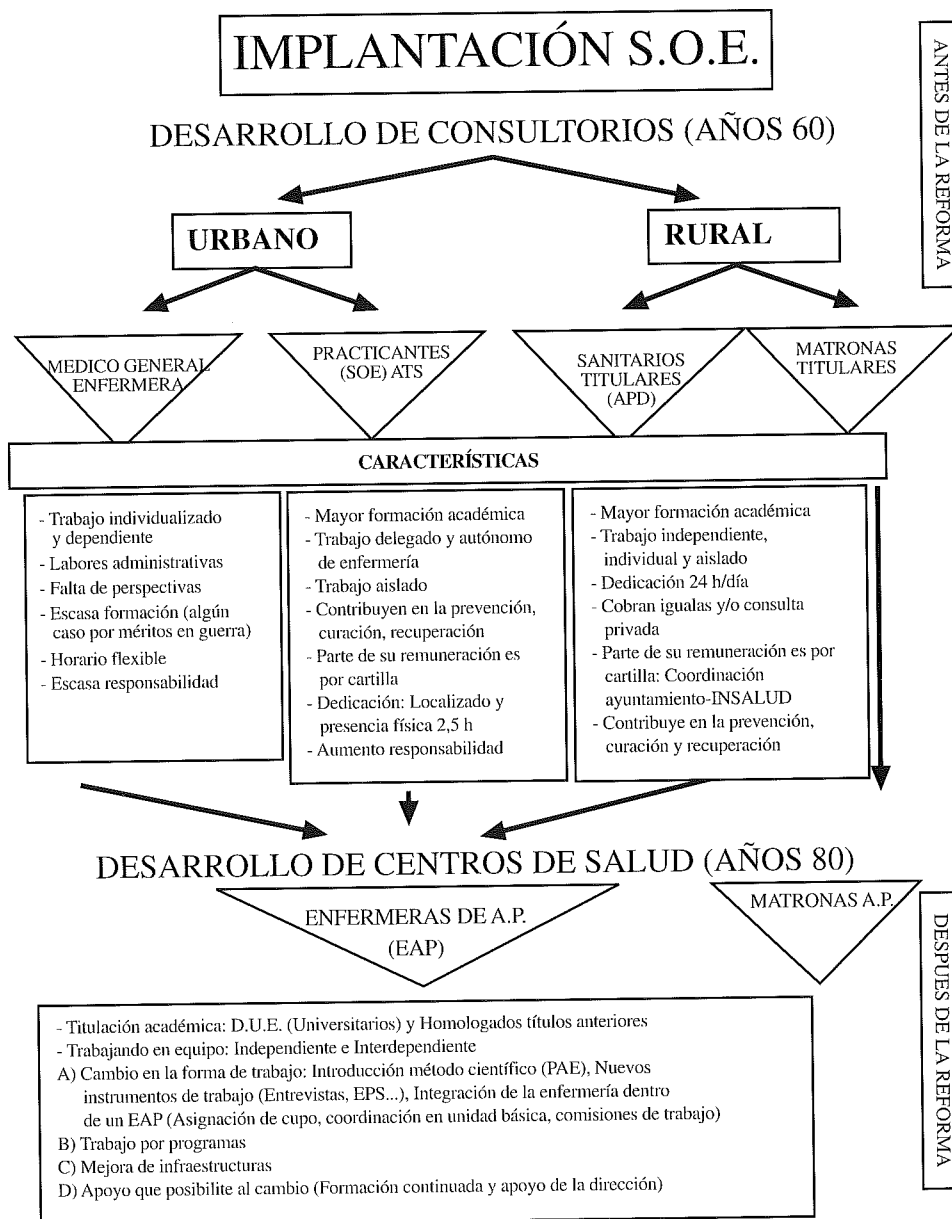
Ya en la tercera etapa desde 1977 hasta el año 1991 la enfermera se aleja de la visita domiciliaria debido a factores como el aumento de la cobertura sanitaria, directrices políticas, disminución de plantilla, lo que va a condicionar que estas enfermeras ya no trabajen directamente con la población, sino en la organización y administración de las prestaciones sanitarias.

### **3. Enfermera de consultorio de la Seguridad Social**

Con la implantación del SOE se crean los Consultorios de la Seguridad Social, donde van a coexistir diferentes profesionales de enfermería "Enfermeras de apoyo a los médicos de cabecera", "Practicantes" asistenciales-clínicos, "Asistencia pública domiciliaria del SOE" (APD) y A.T.S, que posteriormente evolucionarán y fusionarán dando origen a la Enfermeras de Atención Primaria que actualmente trabajan en los Centros de Salud (Tabla 1).

Por lo tanto desde la implantación de este seguro los profesionales de enfermería no siempre han desempeñado su rol y actividades bajo el mismo marco teórico y organizativo, pudiéndose destacar como muy diferenciadas dos etapas, una antes de iniciarse la reforma (años sesenta) y otra de transición durante el desarrollo de

Tabla 1. Evolución de las Enfermas del INSALUD.



ANTES DE LA REFORMA

DESPUES DE LA REFORMA

otra de transición durante el desarrollo de la misma (años ochenta).

a. *Etapas antes de iniciarse la reforma*<sup>11</sup>. Durante estos años van a trabajar paralelamente diferentes profesionales de enfermería, tal y como se indica en la tabla 1, se puede decir que el trabajo en el nivel primario estuvo caracterizado por un modelo medicalizado, donde primaba la realización de tareas casi exclusivamente administrativas, que trae como consecuencia la nula especialización en áreas específicas de enfermería.

Esto determinó que la experiencia de trabajo en el nivel primario se centrara en tres aspectos:

- Trabajo dependiente
- Nula formación posgraduada
- Falta de perspectivas

b. *Etapas de transición*<sup>11</sup>. Después de la homologación de títulos y gracias al apoyo legislativo, se produce una situación menos complicada y más uniforme respecto al contenido y modalidades de trabajo de enfermería en el nivel primario de salud. Poco a poco todos los profesionales van a desembocar en lo que hoy conocemos como "Enfermeras y Matronas de A.P.". En esta década, la asistencia ofertada por los profesionales sanitarios constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia, llevando lo más cerca posible la atención de salud, al lugar donde residen y trabajan las personas, siendo catalogada esta asistencia como "accesible", "continua", "integral" e "integradora", centrada a su vez en la prevención y promoción de la salud. Esto va a determinar que el trabajo de las enfermeras se sustente en:

- Desarrollo de actividades dependientes e interdependientes, incluidas en programas de salud integrales, en los que tienen prioridad aquellas acciones encaminadas a cambiar los estilos de vida, la participación ciudadana y la atención a enfermos crónicos, niños, ancianos y medio ambiente.

- Utilización del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) como método científico.

- Formación continuada de los profesionales.

## ENFERMERÍA DE SALUD PÚBLICA A PARTIR DE LA REFORMA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Una vez consolidada la reforma ya descrita, se van a producir cambios importantes en cuanto a estructura, organización y recursos humanos, que van a traer como consecuencia:

- Incorporación de nuevos profesionales.
- Definición de nuevos métodos y nuevas orientaciones en el trabajo de los profesionales (médicos de familia y enfermeras en unidades básicas de atención familiar).
- Aumento de la dotación de plantillas en los centros.
- Introducción de elementos de dirección y coordinación de la actividad asistencial a nivel de Centro y de Zona Básica.
- Formación de recursos humanos.
- Trabajo en equipo.

En este proceso de cambio posiblemente las enfermeras comunitarias, sean los profesionales que más modificaciones han introducido en su trabajo, con el objetivo final de dar respuesta a las nuevas necesidades de la población. Para esto ha sido necesario adaptar la actividad a las nuevas orientaciones del sistema, debiendo para ello desarrollar actividades coordinadas con el resto del equipo, atendiendo al cliente como individuo global, y teniendo en cuenta la familia y la comunidad.

Si tomamos como referencia el Real Decreto 137/84 que establece como funciones de enfermería en Atención Primaria la asistencial, administradora, docente e investigadora, se deduce que el método de trabajo utilizado actualmente se sustenta en:

a. *Sistema de trabajo por paciente*, caracterizado por la asignación y distribución del personal por pacientes, ofreciendo una atención de enfermería individualizada. Este sistema se utiliza con el objetivo de proporcionar asistencia integral de



**Figura 4.** Consulta de enfermería en el Centro de Salud Rochapea. 1997.

enfermería y tiene como ventajas que la atención no se dispersa y favorece la interrelación enfermera-usuario, tal y como puede apreciarse en la Figura 4.

b. *Sistema de trabajo funcional*, caracterizado por la asignación y distribución del personal por actividades. Esta distribución de trabajo tiene como objetivo la eficiencia, necesario para una utilización adecuada de los recursos humanos, fundamentalmente en el medio urbano.

c. *Sistema de trabajo por grupos*, relacionado con el trabajo educativo con grupos de personas y encaminado a introducir cambios en los estilos de vida de la población.

d. *Sistema de trabajo mixto*, supone que todo el personal de enfermería trabaja simultáneamente con el resto de sistemas señalados anteriormente. Tiene como ventajas que facilita la distribución de trabajo,

fomenta las relaciones interpersonales y el trabajo en equipo lo que a su vez obliga a unificar criterios de actuación y como consecuencia al funcionamiento de todo el personal con protocolos previamente consensuados<sup>17</sup>.

Basado en este método de trabajo y en función de las plantillas, población y actividades se organizará un cronograma de actividades en cada uno de los centros que deberá tener en cuenta como puntos básicos:

- El establecimiento de plan de trabajo en relación a criterios de eficiencia y eficacia.
- La creación de un organigrama dinámico y poco rígido adaptable a posibles fluctuaciones de plantilla y crecimiento de población en la Zona Básica.
- El reparto de cargas de trabajo en relación a recursos y población.

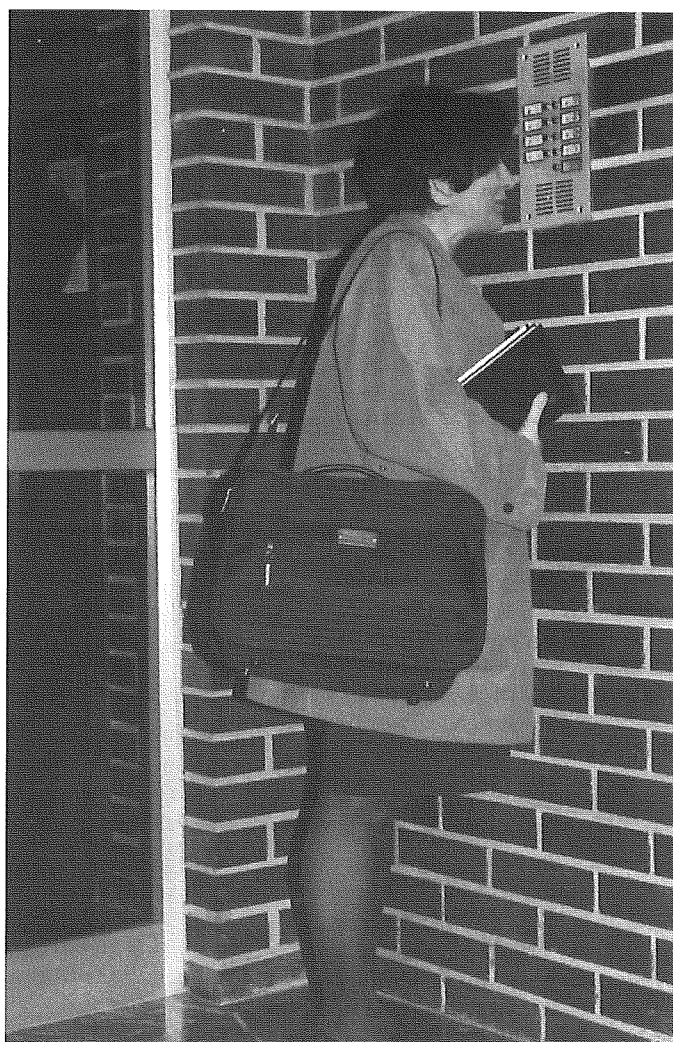
- La integración del trabajo asistencial de la jefe de Unidad de Enfermería sin repercusión en el organigrama de funcionamiento.

Teniendo en cuenta todos los aspectos

reseñados, se puede decir que actualmente la Enfermera de Salud Pública en Atención Primaria, oferta una amplia gama de servicios a la población como se puede observar en la tabla 2.

**Tabla 2.** Cartera de Servicios del Personal de Enfermería de Atención Primaria.

<b>ASISTENCIAL CENTRO- DOMICILIO</b>	<i>CONSULTA ENFERMERÍA</i>	A demanda de población	Curas, tapones, perforar oreja, suturar, sangría, vacunas, informar, coordinar servicios, retirar suturas, tuberculinas, inyectable domicilio, educación sanitaria en problemas de salud agudos o crónicos, cuidados de necesidades básicas del individuo... <b>ADMINISTRADORA:</b> Registro en historia, crónicos, planificación, preparación de actividades....
		Programada por C.S. (a demanda del profesional)	Pacientes incluidos en programas: PDFumador, HTA, diabetes, hiperlipidemias, tabaco, terminales, hábitos, higiene, minorías étnicas, atención domiciliaria (Fig. 5), consejo de salud individual, screening de pacientes, salud escolar, niño sano, VIH, EPOC.
	<i>ACTIVIDADES COMUNES</i>	Botiquín	Inyecciones, 1ª cura, actividades derivadas de consulta médica, inmovilizaciones etc.  Extracciones de sangre Electrocardiograma Espirometrias Cirugía menor Urgencias Campañas de vacunación
<b>DOCENTE</b>	<i>AUTOFORMA- CIÓN</i>	Formación en temas específicos para profesionales	
	<i>PREGRADO</i>	Con alumnos	
	<i>COMUNITARIA</i>	Educación sanitaria a grupos de individuos	
<b>INVESTIGADORA</b>	<i>EVALUACIÓN - ESTUDIO</i>	Para mejorar la calidad de atención al usuario	
<b>ATENCIÓN A LA SALUD COMUNITARIA</b>	<i>PARTICIPACIÓN DE POBLACIÓN EN Z.B</i>	Consejo de salud, actividades de puertas abiertas a la población, voluntariado	
	<i>INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA CON FAMILIA Y COMUNIDAD.</i>	Campañas de vacunación a grupos de riesgo, resolución de problemas sanitarios a través de la coordinación de servicios 061, ISP, protección civil, ONG. Colaboración con bomberos, asociaciones.	



**Figura 5.** Enfermera de Atención Primaria. Visita Domiciliaria. 1997.

**REFLEXIONES SOBRE EL FUTURO  
DEL TRABAJO DE LOS PROFESIO-  
NALES DE ENFERMERÍA EN EL  
NIVEL DE ATENCIÓN PRIMARIA DE  
SALUD**

Se ha recorrido un largo camino desde el comienzo de la enfermería comunitaria en Liverpool hasta el momento actual de la enfermería de Atención Primaria en España, encontrándonos en un espacio de

tiempo en el que tras una década de reforma en este nivel de atención, las enfermeras/os debemos ser críticos analizando y evaluando el trabajo que desarrollamos, para que basándonos en la experiencia, introduzcamos los cambios necesarios para reorientar la reforma iniciada.

En este análisis hay una serie de aspectos que merece la pena destacar ya que su reflexión puede contribuir de manera importante al futuro de enfermería.

Es indiscutible el creciente aumento de la demanda de servicios sanitarios por parte de la población en todos sus niveles de atención. Este hecho conlleva en lo que a enfermería de primaria se refiere a, una mayor utilización de sus servicios, por lo que es necesario que éstos estén definidos de manera muy clara, con el objetivo final de proporcionar una atención de enfermería efectiva, eficiente y con equidad.

Entre los factores que pueden contribuir a proporcionar este tipo de atención, se encuentra el de la educación e información de los usuarios sobre el "producto enfermero". Los Centros de Salud están ofertando una serie de servicios que los ciudadanos identifican con dificultad, ya que se han visto inmersos en pocos años en cambios muy importantes, sin que se les haya proporcionado la suficiente información. Este desconocimiento puede ser una de las muchas explicaciones que se pueden dar al problema tantas veces enunciado sobre la inadecuada utilización de servicios. Por esta razón y en tanto que enfermería ha experimentado unos cambios tan importantes en su método de trabajo y en los servicios que oferta (asistenciales, preventivos y de promoción de salud), debe realizar un esfuerzo extra dándolos a conocer, utilizando para ello los mecanismos de marketing y comunicación que sean necesarios.

Otro aspecto a destacar relacionado con la demanda, es el aumento importante de servicios de carácter asistencial que la población solicita de la enfermería, en detrimento de servicios de prevención y promoción que orientaron la reforma, situación que entre otros motivos puede deberse a:

- Mayor oferta de cuidados asistenciales por parte de los profesionales de enfermería.
- Envejecimiento de la población y mayor prevalencia de enfermedades crónicas.
- Derivación de pacientes de Atención Especializada.
- Sistemas de gestión que priman la actividad asistencial.

- Dificultad de demostrar científicamente la utilidad práctica de los aspectos de promoción de la salud.

Por tanto, para proporcionar la cobertura necesaria y adecuada a la población, es necesario establecer de forma clara la "cartera de servicios de enfermería", en la que se deberá tener en cuenta tanto los aspectos asistenciales, como los de prevención y promoción. Esta oferta de servicios deberá estar respaldada por las políticas sanitarias, e inmersas en los nuevos mecanismos de gestión como el "contrato programa" y la descentralización de la gestión.

Otros aspectos de gran importancia para proporcionar una atención de enfermería de calidad y que no pueden quedar al margen, ya que sin ellos nos se puede producir el avance de ninguna profesión, son la evaluación de servicios, la formación continuada y la investigación, sin olvidar también el novedoso concepto de evidencia científica, que pronto enfermería tendrá que incorporar a su quehacer profesional. Aspectos todos ellos de vital importancia en este momento de reflexión y cambio, y que deberán orientar el futuro de la actuación de enfermería comunitaria.

Sería interesante que una vez reconocido el perfil del profesional de enfermería de salud pública se formalizase oficialmente, para que se constituyera en un campo especializado en el primer nivel de contacto con la población.

Como última reflexión, debemos tener siempre presente el reconocimiento de los servicios de enfermería, en un pronunciamiento que hizo la O.M.S en el año 1993, que decía:

"Entre todas las profesiones de atención a la salud la enfermería tiene el mayor potencial para garantizar cuidados rentables. Las enfermeras están presentes en todas las formas de servicios sanitarios y dado que su trabajo se desarrolla en estrecha colaboración con los pacientes, están en condiciones de evaluar los efectos de la atención proporcionada. Su voz debe



dejarse oír en el debate sobre políticas rentables<sup>16</sup>.

*Agradecimientos:* Las autoras agradecen los recuerdos, comentarios y sugerencias realizados por:

D<sup>a</sup> Margarita Altamira, D. Joaquín Ardanaz, D. José Ángel Aizcorbe, D. J. Arístegui Rodríguez, D<sup>a</sup>. Carmen Cormenzana, D<sup>a</sup> Celina Equiza, D<sup>a</sup> Sara Erce, D<sup>a</sup>. Concepción Martínez, D. Javier Gaztelu, D<sup>a</sup> Isabel Jimeno, D. Miguel Ángel Porres, D<sup>a</sup> Pilar Seriola, D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Antonia Soto, D<sup>a</sup> Julia Trebol, D<sup>a</sup> Juana Turrillas, D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Josefa Urbina, D. José Javier Viñes.

## BIBLIOGRAFÍA

1. LÓPEZ PIÑERO JM. Historia de la Medicina. Madrid. Historia 16, 1990.
2. ASTON J, SEYMUR H. La nueva salud pública. Barcelona: Masson SA, 1990.
3. PIÉDROLA GIL G et al. Medicina Preventiva y Salud Pública. 9<sup>a</sup> Ed. Barcelona. Masson SA, 1991.
4. LAST J, Editor. A dictionary of epidemiology. 2<sup>a</sup> Ed. New York: Oxford University Press, 1988.
5. Organización Mundial de la Salud. Le soins de Sante Primaires. Geneve-New York: OMS, 1978.
6. ÁLVAREZ C, BARDET E, GASCÓN MT et al. Los orígenes de la Enfermería de Salud Pública. Gaceta Sanit 1988; 2; 290-293.
7. DONAHUE MP. Historia de la enfermería. Vol III. Barcelona. Ed Doyma, 1985.
8. BELTRÁN AGUIRRE JL. La Atención Primaria de Salud en Navarra. Evolución histórica y reforma de su estructura orgánica pública. Informes Técnicos. Pamplona. Gobierno de Navarra, 1988.
9. VIÑES JJ. La Sanidad en Navarra 1921-1996. Anales Sis San Navarra 1997; 20 (Supl 1): 1-57.
10. DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD. Ed. especial a beneficio de la Mutualidad de Funcionarios. Ley de Bases de Sanidad Nacional. Madrid: Dir. Gral. Sanidad, 1944.
11. MERINO R, GRANADO A, MARTÍNEZ MJ. Cambios en la organización y funciones del trabajo de enfermería en Atención Primaria (TESINA Gestión y Dirección). Pamplona/Barcelona: Gobierno de Navarra - EADA (Escuela de Alta Dirección y Administración), 1990.
12. GARCÍA BARRIOS S, CALVO CHARRO E. Historia de la enfermería. Textos mínimos. Málaga. Universidad de Málaga, 1992.
13. GARRISON FIELDING H. Introducción a la historia de la medicina. Tomo II. Madrid. Ed. CALPE, 1922.
14. RICO AVELLO C. Historia de la Sanidad española 1900-1925. Madrid. Ed. Giménez SA, 1969.
15. RICO AVELLO C. Escuela y formación de Ayudantes Técnicos Sanitarios femeninos (enfermeras). Folleto de Divulgación.
16. ARÍSTEGUI RODRÍGUEZ J. Principios de la lucha antituberculosa. Experiencias recogidas en la campaña de erradicación en Navarra. Documento mecanografiado. (Comunicación personal).
17. MARTÍNEZ INDA MJ, MERINO GARCÍA R. Una experiencia de planificación estratégica en el Servicio de Enfermería de dos Zonas Básicas de Atención Primaria. Libro de Comunicaciones del Congreso. Alcoy-Valencia. Servicio Valenciano de Salud. Área de Salud de Alcoy, 1994.