



DIPUTACIÓN DE PALENCIA



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

Escuela de Enfermería de Palencia  
"Dr. Dacio Crespo"

## **GRADO EN ENFERMERÍA**

Curso académico (2016-17)

### **Trabajo Fin de Grado**

**Evidencias del desarrollo de la Enfermería  
y sus peculiaridades en el medio rural.**

**Revisión bibliográfica**

Alumna: Ana Rodríguez Cosgaya

Tutor: D. Roberto Martínez Martín

Junio, 2017

# ÍNDICE

Resumen .....	pág.2
Abstract .....	pág.3
Introducción.....	pág.4
Objetivos.....	pág.12
Material y métodos .....	pág.14
Resultados y discusión.....	pág.17
Conclusiones .....	pág.23
Bibliografía.....	pág.24
Anexos .....	pág.27

## RESUMEN

**Introducción.** En el siglo XIX surgen en España dos ocupaciones confrontadas por cuestión de género: la enfermera-mujer-ámbito hospitalario y el practicante-hombre-medio rural, además de la matrona. Esta dualidad sería resuelta en 1953 al unificarse las tres titulaciones existentes. En la década de los 70, coincidiendo con la integración de los estudios de enfermería en la universidad, se desarrolla la conferencia internacional de Alma-Ata, donde se subraya la importancia de la Atención Primaria de Salud, fundamentada en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.

**Objetivo:** Evidenciar el papel que la profesión de Enfermería ha desempeñado y desempeña en el medio rural y conocer las fortalezas y debilidades que ofrece el ejercicio de la profesión en este medio.

**Material y métodos:** Se realizó una revisión bibliográfica a través de bases de datos y revistas científicas, guiando la búsqueda con tesauros y combinándolos con operadores booleanos. Se llevó a cabo una selección de artículos mediante unos criterios de inclusión y exclusión, añadiéndose a la revisión un total de 31.

**Resultados y discusión:** A través del análisis de la bibliografía se evidencian los sucesivos cambios que ha sufrido el papel de la enfermería en el medio rural, modificando su orientación hacia la administración de cuidados integrales al individuo, familia y comunidad. Con la aparición de Atención Primaria en la conferencia de Alma-Ata, se amplían sus funciones en el ámbito asistencial y docente, sin embargo existe una gran preocupación porque no se hace referencia a la investigación y a la gestión como un aspecto a considerar dentro de las funciones de enfermería.

**Conclusión:** Debido a las dificultades existentes en el medio rural, no se alcanza la verdadera efectividad, sino que sigue existiendo una cultura de la práctica enfermera centrada en cuidados curativos.

**Palabras clave:** Atención Primaria de Salud, Medio Rural, Historia de la enfermería.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Two occupations confronted by gender arise in Spain in the nineteenth century: the nurse-woman-hospital environment and the practitioner-man-rural area, in addition to the matron. This duality would be solved in 1953 when the three existing qualifications. In the 70's, coinciding with the integration of nursing studies in the university, the Alma-Ata international conference was held, highlighting the importance of Primary Health Care, based on the prevention of illness and health promotion.

**Objective:** Evidencing the role that the Nursing profession has played in the rural areas and to know the strengths and weaknesses offered by the practice of the profession in this environment.

**Material and methods:** A bibliographical review was carried out with databases and journals scientists, guiding the search with thesauri and combining them with Boolean operators. A selection of articles was carried out using inclusion and exclusion criteria, adding a total of 31.

**Results and discussion:** The analysis of the bibliography shows the successive changes in the role of nursing in the rural areas, modifying its orientation towards the administration of comprehensive care to the individual, family and community. The appearance of Primary Care at the conference of Alma-Ata its functions are expanded to the care and teaching field. However, there is great concern that there is no reference to research and management as an aspect to be considered within nursing functions.

**Conclusions:** Due to the difficulties that exist in the rural areas, the true effectiveness is not reached, but there is still a culture of nursing practice focused on curative care.

**Key words:** Primary Health Care, Rural Areas, History of Nursing.

## INTRODUCCIÓN

La enfermería en España ha tenido que afrontar un largo y complejo camino hasta que ha sido reconocida como disciplina, se puede resumir como el paso de una ocupación a una profesión. Hasta hace apenas unos 60 años la enfermería era una ocupación subalterna y poco cualificada, marcada por un fuerte componente femenino-religioso, y puesta a disposición de facultativos de medicina y de órdenes religiosas con el fin de asumir de manera disciplinada las funciones auxiliares sanitarias dentro de un ámbito doméstico <sup>1, 2</sup>.

Durante el siglo XIX y XX, con la Revolución Industrial, surgirían en España una serie de problemas que afectarían a la salud de la población. La situación socio-sanitaria era compleja, las causas se asociaban a una situación de miseria, malnutrición, escasas medidas de salud pública e higiene en las ciudades, y deficientes condiciones laborales. En 1822 se pone en marcha la Ley de Beneficencia Pública <sup>3, 4</sup> para tratar de dar respuesta a los problemas tanto sociales como sanitarios existentes y ante la falta de personal laico preparado para ello, se contrataron a congregaciones religiosas femeninas para llevar a cabo el cuidado de los enfermos, como las hijas de la Caridad de San Vicente de Paul o los Hermanos de San Juan de Dios <sup>3</sup>. En 1870 desde el movimiento reformista, Concepción Arenal, promovió una reforma de los Hospitales y de la enfermería llevada a cabo en ellos, así mismo, lucharía por el establecimiento de una enfermería laica señalando la necesidad de unificar a los diferentes profesionales de enfermería bajo un mismo título <sup>3, 5</sup>. Y es en esta misma línea, en el año 1896, cuando el Dr. Rubio y Galí funda la Escuela de enfermeras Santa Isabel de Hungría <sup>4</sup>, donde formar enfermeras laicas para cuidar a los pacientes allí tratados, con una formación de dos años y con profesionales médicos al cargo de la formación, es decir, se crea la primera Escuela de Enfermeras en España desligada del ámbito religioso siguiendo los parámetros de los centros más innovadores de Europa, pero adaptándolos a la mentalidad y desarrollo de la España del siglo XIX.

El objetivo era formar auxiliares sanitarias que no poseían una titulación oficial. Esta es la primera Escuela de Enfermería de España aunque la regulación oficial no se realiza hasta años más tarde. La primera referencia legal en la construcción de la disciplina enfermera consta en la promulgación de la Ley de Instrucción Pública, en

1857, al reconocerse los estudios de Practicante y Matrona. Las ordenanzas que permitían examinar y dar el título a las matronas fueron instauradas por el Protomedicato <sup>4,6</sup>.

No es hasta principios del siglo XX cuando aparece el título de enfermera, bajo la Real Orden de 7 de mayo de 1915. Finalmente, la Orden de 24 de febrero de 1927 obligó a todas las enfermeras a poseer el título oficial para poder ejercer en cualquier institución sanitaria <sup>3,6,7,8</sup>. En España, las profesiones sanitarias estuvieron marcadas por un sistema de género, basado en las ideas del siglo de XIX y XX sobre las diferencias entre hombres y mujeres. A las mujeres se les negaba el acceso a la medicina y a los hombres a las Escuelas de Enfermería <sup>1</sup>. Se consideraba “natural” que las mujeres fueran enfermeras, de modo que era las únicas en recibir formación. Nightingale, considerada precursora de la enfermería profesional moderna y creadora del primer modelo conceptual de enfermería, enunció una serie de postulados desde su punto de vista a cerca de la profesión enfermera, siendo estos requisitos para ingresar en su departamento; ser mujer joven, quienes debían poseer las cualidades de ser atenta, maternal y compasiva <sup>1</sup>.

De este modo, surgen en España dos ocupaciones destinadas a la administración de cuidados: la enfermera y el practicante, además de la matrona, conservando de alguna manera esa relación de género de otorgar actividades de mujeres para mujeres, a pesar de que los practicantes también podían asistir a partos en las zonas rurales. Estas ocupaciones se desarrollaban bajo la jurisdicción de la medicina, tanto en lo referente a la formación o enseñanza como a la prueba de competencia o suficiencia. Las matronas y enfermeras eran formadas en escuelas hospitalarias, generalmente bajo órdenes religiosas, y las tareas que desempeñaban estaban dirigidas a los cuidados de las enfermedades. Los practicantes a su vez, recibían la formación en las propias facultades de Medicina, con contenidos docentes muy diferentes. El quehacer de los practicantes se orientaba más hacia técnicas de cirugía menor, vacunaciones, curas y el arte del dentista (hasta su inhabilitación en el año 1877 <sup>9</sup>). En consecuencia, las enfermeras, mujeres, ejercían su ocupación en el ámbito hospitalario, mientras que los practicantes, hombres, lo hacían por lo general en la asistencia auxiliar médico-quirúrgica, con especial presencia en el medio rural, donde apenas había médicos y realizaban sus tareas de manera autónoma.

Esta dualidad enfermera-mujer-cuidadora-asalariada y practicante-hombre-curador-autónomo tardaría muchos años en desaparecer, unos cuarenta años desde el punto de vista legal, y otros treinta de transición cultural <sup>1</sup>. Es en el año 1953, tras la adhesión de España a la OMS cuando se producen cambios realmente trascendentales para la enfermería española, al unificarse las tres titulaciones existentes, Practicante, Matrona y Enfermería, en una sola, Ayudante Técnico Sanitario (ATS) <sup>5, 7, 10</sup>. Esta nueva titulación marcaría un hito en la historia de la enfermería de nuestro país, ya que entre otros muchos cambios, se elevaría el nivel de estudios de acceso a Bachillerato Elemental y la formación se estructuraría en tres años. No obstante, los estudios de ATS femeninos debían cursarse en régimen interno, exigencia que no era obligatoria para los ATS masculinos <sup>1</sup>. Como bien marca la palabra “Ayudante”, la función enfermera seguía guiada y condicionada bajo las directrices médicas, sin olvidar además, que la formación quedaba en manos de los facultativos de Medicina. El 6 de febrero de 1958 se publicó en el Boletín Oficial del Estado una orden por la cual se estableció una nueva especialidad, obstétrica o matrona, como parte de los estudios de ATS. Esta especialidad estaba dirigida para las ATS femeninas exclusivamente, hecho que retornaba el campo de actuación de los ATS masculinos a su actividad clásica como practicantes.

Los estudios de Enfermería se integrarían en la Universidad en 1977 bajo la titulación de Diplomado de Enfermería y son los propios profesionales los que tomarían las riendas de su formación. A partir de este momento, comenzarían a definirse las funciones independientes y los cuidados se centrarían en el ser humano como una entidad holística, abriéndose nuevas expectativas para la profesión. Finalmente, en 2007 se permitió que las escuelas de enfermería, transformadas en facultades, desarrollaran el título de grado en enfermería a partir del curso académico 2009/2010 <sup>1, 6-8</sup>.

Documento	BOE	Establece
<b>Ord. 21.11.1861</b>	28.11.1861	Regula las enseñanzas de practicantes y matronas
<b>Dec. 16.11.1888</b>	18.11.1888	Regula el ejercicio profesional de practicantes y matronas
<b>Ord. 07.05.1915</b>	21.05.1915	Regula las enseñanzas de Enfermería
<b>Dec. 4.12.1953</b>	29.12.1953	Unifica los estudios (practicantes, enfermeras y matronas) en ATS
<b>Ord. 4.07.1955</b>	02.08.1955	Normas y funcionamiento de las escuelas de ATS
<b>Dec. 111/1980</b>	11.01.1980	Normas de titulación de ATS en Diplomado de Enfermería
<b>Ord. 15.07.1980</b>	23.07.1980	Curso para la igualación de conocimientos de ATS a Enfermera
<b>Ord. 2135/2008</b>	03.07.2008	Normas de Grado en Enfermería

**Tabla 1:** Resumen de la legislación referente a las enseñanzas de Enfermería en España.

En la década de los años 70, coincidiendo con la integración de los estudios de enfermería en la Universidad, se desarrolla la Conferencia Internacional de “Alma-Ata” (12 de septiembre de 1978), donde se subraya la importancia de la Atención Primaria de Salud (APS), de este modo, nuestro país pone en marcha un modelo de asistencia sanitaria muy diferente al conocido hasta entonces, el cual estaba centrado en la enfermedad y en su curación <sup>11</sup>. Surge la necesidad de crear una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todos los profesionales sanitarios y los implicados en el desarrollo, y por parte de la comunidad mundial, para proteger y promover la salud para todas las personas del mundo. La APS se define como: "la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y técnicas prácticas apropiadas desde el punto de vista científico, y aceptable socialmente, puesta al alcance de todos los individuos y familias de las comunidades con su plena participación y cuyo mantenimiento puedan costear el país y la comunidad, en todas las etapas de su desarrollo en un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación" <sup>11-13</sup>.



La OMS define la atención primaria de salud como “la asistencia sanitaria esencial y accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país” <sup>14</sup>.

Es a partir de este momento cuando se empieza a plantear una forma diferente de enfrentar los problemas de salud, dirigida a todos los sectores sociales sin distinción, con equidad y justicia. Atención primaria debe ser un cuidado integral, sin discriminaciones y como un derecho de todos los pueblos. Es un proceso social eminentemente participativo, a través del cual los proveedores de servicios “devuelven” a la propia población la responsabilidad primara del cuidado de su salud personal y colectiva <sup>15</sup>. Se adopta una filosofía totalmente diferente: se organiza el trabajo bajo un equipo multi e interdisciplinar, con mayor participación e independencia de otras profesiones distintas a la médica en el cuidado de la salud. La enfermería, el trabajador social, la matrona, la fisioterapeuta comienzan a asumir responsabilidades directas. Se incorporan actividades de prevención de la enfermedad, de promoción de la salud, se comienza a trabajar por programas y se ponen en marcha sistemas de información y evaluación del trabajo realizado, potenciándose con la aparición del INSALUD <sup>16</sup>.

<b>Ley del 27 de febrero de 1908</b>	Instituto Nacional de Previsión (INP)
<b>Ley de 14 de diciembre de 1942</b>	Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE)
<b>Ley de Bases de la Seguridad Social de 28 de diciembre de 1963</b>	Sistema de Seguridad Social.
<b>Decreto 2065/1974 de 30 de mayo</b>	Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social
<b>Real Decreto 36/1978 de 16 de noviembre</b>	INSALUD
<b>Ley General de Sanidad de 14 de abril de 1986</b>	Sistema Nacional de Salud

**Tabla 2:** Resumen de la evolución de la asistencia sanitaria en España <sup>17, 18</sup>.

La prevención de la enfermedad se define como “las medidas destinadas no solamente a evitar la aparición de una enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecidas”. Esta acción emana, normalmente desde los servicios de salud y considera a los individuos, las familias y las comunidades como expuestas a factores de riesgo identificables, frecuentemente asociadas a conductas de riesgo. La modificación de estas conductas constituye una de las metas primordiales para la prevención de la enfermedad. Las actividades preventivas se pueden clasificar en tres niveles, que están en íntima relación con las fases de la historia natural de la enfermedad: primaria, secundaria y terciaria. (Anexo I)

1. Prevención primaria: Son medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes.
2. Prevención Secundaria: Está destinada al diagnóstico precoz de la enfermedad incipiente (sin manifestaciones clínicas). Significa la búsqueda en sujetos “aparentemente sanos” de enfermedades lo más precozmente posible. Comprende acciones en consecuencia de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.
3. Prevención Terciaria: Se refiere a acciones relativas a la recuperación de la enfermedad clínicamente manifiesta, mediante un correcto diagnóstico y tratamiento y la rehabilitación física, psicológica y social en caso de invalidez o secuelas buscando reducir de este modo las mismas. En la prevención terciaria son fundamentales el control y seguimiento del paciente.

La promoción de la salud se trata de una estrategia establecida en Ottawa, en 1986, donde se la define como: “el proceso que proporciona a los individuos y las comunidades los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla.” Es decir, abarca no solo las acciones dirigidas directamente a aumentar las habilidades y capacidades de las personas, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que tiene impacto en los determinantes de salud <sup>11</sup>.

Además de la conferencia internacional de Ottawa, otras dos establecieron bases conceptuales y políticas de promoción de la salud; las celebradas en Adelaida (1988) y Sundwall (1991) <sup>2, 19</sup>.

Paralelamente al desarrollo tecnológico que ha permitido el avance y la profesionalización de la Enfermería, se ha producido el fenómeno de la inversión de la pirámide de población. Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), la proporción de personas de 65 y más años representaba el 18,4% en el año 2015 sobre el total de la población y según las estimaciones de población, en el año 2025 supondrán el 21.1% del total <sup>20</sup>. Se ha evidenciado la necesidad de aumentar los cuidados, por ello, dos enfoques han prevalecido y mantiene en la actualidad estas cuestiones: el tradicional (*papel prescriptivo*), con una orientación predominantemente práctica, inherente a la prescripción médica, en el que la enfermera aparece como ejecutora de las órdenes médicas; y otro más generalista orientado hacia la atención, en el que la enfermera tiene autonomía y aplica sus conocimientos específicos (*papel propio*) <sup>2</sup>.

La OMS refiere que este aumento de la población anciana puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública, pero también constituye un problema y un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad <sup>21</sup>.

Además, destaca el hecho de que la población anciana que vive en el medio rural no son solamente una parte proporcionalmente algo más numerosa que la de los mayores urbanos, sino que en el medio rural se envejece de forma diferente, debido a <sup>22</sup>:

1. Mayor dificultad para acceder a recursos sociales e instituciones de salud.
2. Aislamiento social.
3. Mayor precariedad.
4. Acceso limitado al transporte.
5. Menores posibilidades de actividades sociales.

La población rural supone un 20,41% del total <sup>23</sup> y ha sido clásicamente definida en función del número de habitantes, obviando sus características socioculturales. Este medio es más heterogéneo que el urbano, con una gran disparidad desde núcleos aislados de pocos habitantes hasta otros núcleos con un gran crecimiento urbanístico y demográfico ocasionado por la proximidad a las ciudades grandes <sup>24, 25</sup>. Las tendencias demográficas llevan a la desaparición del mundo rural, por incorporación de sus habitantes al medio urbano o por el fallecimiento de los mayores residentes en este medio. Frente a dichas tendencias la Unión Europea está realizando un esfuerzo de rehabilitación del mundo rural con el objetivo de retrasar o revertir la pérdida de población, para así evitar la transformación de las zonas rurales en un sitio únicamente para el descanso, el ocio y el veraneo <sup>26</sup>. A pesar de que la progresiva industrialización y la mejora de la comunicación entre ambos entornos han creado un espacio común más amplio para todos, las diferencias persisten en detrimento del medio rural. Estos desequilibrios se reflejan también en la atención sanitaria.

Aunque los criterios para definir el medio rural pueden ser variables <sup>27</sup> (Anexo II y III), a efectos de la asistencia sanitaria se recogen las siguientes características de la atención primaria en el medio rural:

1. Entorno bien delimitado, lo que hace más fácil al profesional conocer su población diana y su problemática.
2. Trabajo en el consultorio casi en solitario o con equipos muy pequeños.
3. Cierta grado de aislamiento marcado por la distancia y la dificultad de accesibilidad a recursos especializados.
4. Actividad económica de la población ligada al sector primario. Descenso de la actividad agraria que es contrarrestada por el aumento de su uso turístico y residencial <sup>22</sup>.
5. Las actividades administrativas son en muchas ocasiones asumidas por el personal sanitario.
6. El modelo de organización está condicionado por la dispersión de los profesionales en consultorios y las limitaciones de contacto entre los profesionales (reuniones de equipo, actividades de formación y guardias).
7. El nivel de resolución debe ser alto por lo que se necesita más equipamiento y herramientas de apoyo.

8. La dispersión y el aislamiento dificultan la formación continuada.
9. La ordenación de las urgencias acoge una gran variabilidad de problemas de salud y profesionales asumen una gran responsabilidad.
10. Los profesionales que trabajan en el medio rural se encuentran más imbricados en la comunidad y esto refuerza su papel como agentes de salud para la realización de actividades comunitarias <sup>25</sup>.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

- Realizar una revisión bibliográfica para evidenciar el papel que la profesión de Enfermería ha desempeñado y desempeña en el medio rural.

### **Objetivo específico**

- Conocer los aspectos más importantes sobre la evolución de la profesión enfermera a lo largo de su historia.
- Describir las fortalezas y debilidades que ofrece el ejercicio de la Enfermería en el medio rural.
- Comprender la situación actual de la profesión en este medio.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio de carácter descriptivo que se ha llevado a cabo mediante una revisión bibliográfica en bases de datos científicas que abarca el período establecido entre noviembre de 2016 y mayo de 2017. En una primera fase se realizó una búsqueda en bases de datos científicas y se consultaron los recursos electrónicos: Cuiden, Dialnet, Pubmed y Scielo. Para guiar la búsqueda bibliográfica se utiliza una lista de términos de vocabulario controlado, los tesauros: DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) y Mesh, y a su vez se combinaron con los operadores booleanos: “AND” y “OR”.

DeCS	MeSH
Atención Primaria de Salud	Primary Health Care
Enfermería en Salud Comunitaria	Community Health Nursing
Medio Rural	Rural Areas
Historia de la Enfermería	History of Nursing
Papel del enfermero	Nurse Role
Legislación de Enfermería	Legislation, Nursing
Matrona	Midwives

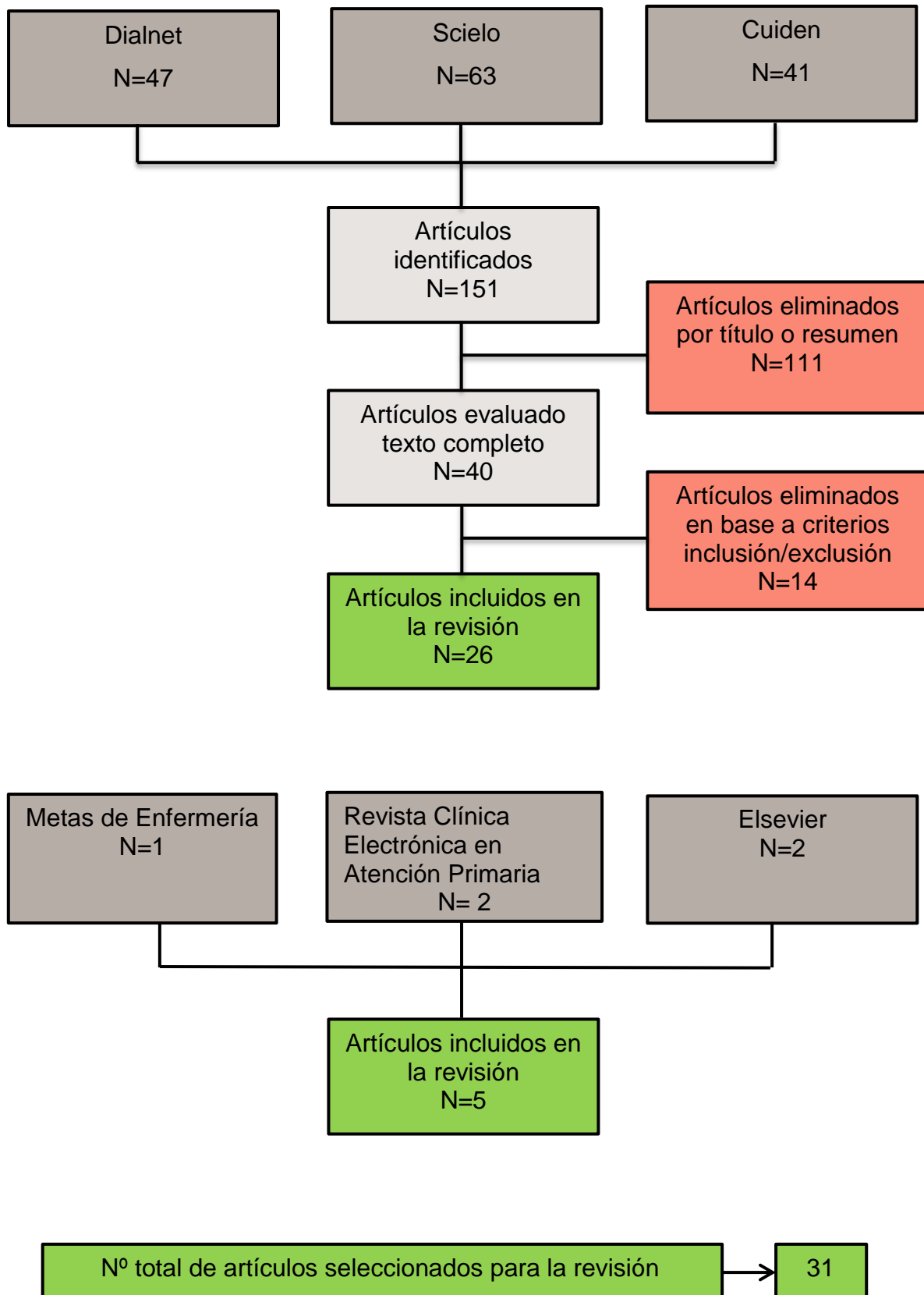
**Tabla 3:** Tesauros utilizados en la búsqueda bibliográfica.

Posteriormente se consultaron revistas científicas como: Metas de Enfermería, ROL de Enfermería, Revista clínica electrónica de Atención Primaria, Elsevier y Enfermería Global.

Finalmente se lleva a cabo una selección de artículos a través de unos criterios de inclusión y exclusión. Los criterios de inclusión han sido: artículos del desarrollo de la profesión de la enfermería que reflejaran aspectos de su desempeño en el medio rural; debían tener una antigüedad máxima de diez años, pero debido a la relevancia de artículos menos recientes para el propósito de este trabajo, se incluyeron cuatro artículos de más de diez años de antigüedad; además, debían tener acceso gratuito y estar publicados en castellano, inglés o portugués. Se excluyeron los artículos que a pesar de estar basados en la salud en el medio rural su contenido se centraba exclusivamente en aspectos biomédicos.

Las bases de datos electrónicas utilizadas fueron: Cuiden, Scielo y Dialnet, rechazando Pubmed por no encontrar artículos destacables para este trabajo. Los artículos identificados en la búsqueda fueron un total de 151. De éstos, se eliminaron 111 en base al título o resumen. Fue evaluado el texto completo de 40, de los cuales 26 cumplieron criterios de inclusión y fueron añadidos a la revisión. De las revistas científicas consultadas, fueron añadidos a la revisión: un artículo de Metas de enfermería, dos de la Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria y dos de Elsevier. Los demás artículos encontrados de interés no tenían un acceso gratuito.





**Figura 1:** Diagrama de flujo del proceso de búsqueda y selección de artículos para la revisión.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Entorno al 40% de los artículos revisados muestran la evolución formativa y legal de las distintas titulaciones de enfermería y el resto de artículos poseen una temática variada abarcando aspectos como: competencias y funciones de enfermería en el medio rural, identidad profesional, relaciones de género entre los diferentes profesionales de enfermería...

Son varios los autores (Blázquez Bernalte <sup>1</sup>, Pimentel et al <sup>2</sup>, Calvo <sup>5</sup> y Blázquez <sup>10</sup>) que afirman que, en nuestro entorno socio-cultural se asignan diferentes características; valores, posibilidad de desarrollo personal y social...en función de la pertenencia al género masculino o femenino. En España, en la profesión de enfermería el género se ha configurado como un elemento organizador clave. Este modelo de segregación por sexo y titulación, según la autora Blázquez <sup>10</sup>, ha supuesto un obstáculo para la profesionalización de la enfermería.

En el desarrollo de la profesión enfermera se reconocen tres ocupaciones distintas, dos eminentemente femeninas (enfermera y matrona) y otra masculina (practicante), con funciones similares pero con roles, ámbito de actuación y estatus social diferentes. Por un conflicto de competencias y de género, los practicantes mostraron un rotundo rechazo hacia las matronas y las enfermeras. Durante el primer tercio de siglo XX, según apunta Calvo-Calvo <sup>5</sup>, los practicantes arremetieron contra las matronas y reivindicaron incluso la desaparición de las mismas, para quedarse ellos como únicos auxiliares, el Gobierno junto con el apoyo de los médicos, legisló para proteger los intereses del grupo masculino y otorgar concesiones a los practicantes en detrimento de las matronas, de este modo se autorizó a los practicantes asistir a los partos normales en poblaciones rurales menores de 10.000 habitantes, y dado que esas localidades eran la mayoría se dificultó la subsistencia de las matronas.

Una de las primeras autoras en plantear esta reflexión es Anne Witz, mencionada en el artículo *“La reacción de los practicantes en Medicina y Cirugía frente a la creación del título de Enfermera en 1915”* <sup>5</sup>, quién alertó que el corpus teórico de esta disciplina se había configurado sobre lo realizado por un grupo de hombres que alcanzaban unos privilegios, olvidando el hecho de haber mujeres y la relación entre el género y la profesionalización. Esta exclusión por género deriva de una sociedad patriarcal de poder masculino organizado e institucionalizado.

La figura del practicante se definía como un papel de carácter masculino que se ocupaba de funciones técnico-auxiliar de la medicina y la cirugía. De hecho, el discurso que hacían los practicantes sobre su profesión en la prensa profesional <sup>1</sup> residía en que entre las profesiones auxiliares del médico, era la única poseedora de carácter técnico. Esta afirmación constituyó un elemento clave en la configuración de su identidad, contribuyendo, a su vez, en afianzar la legitimación moral y social, así como su autoridad profesional. Destacó su desarrollo en el ámbito rural, donde reafirmó su labor sanitaria y social, al contrario que las enfermeras, que trabajaban en el ámbito urbano renunciando a ir a lugares rurales. De esta manera se fue construyendo este discurso, en contraposición al perfil, titulación e identidad de la enfermera.

Los autores Manuel-Ángel Calvo <sup>5</sup> e Isabel Blázquez Ornat <sup>10</sup> explican como el rol del practicante se definió como objetivo, activo, razonador y analista, y el papel de la enfermera como subjetivo, pasivo, apasionado e intuitivo. En esta misma línea los autores García, Sainz y Botella refieren que en un documento de la OMS de 1988 se puede leer: "en las sociedades occidentales, el estereotipo masculino incluye características tales como la ambición, la competitividad, la agresividad, la dominación, la racionalidad y la objetividad, mientras que el estereotipo femenino se caracteriza por la sumisión, la pasividad, la dependencia, el cuidado de los demás, la emotividad y la subjetividad" <sup>28</sup>.

El conflicto profesional que han venido protagonizando los tres grupos de sanitarios se resolvió entre los años 1976 y 1978, bajo la titulación de ATS y da lugar a uno de los momentos más importantes para la profesionalización de la enfermería en España. Según apuntan los autores Linares y Moral <sup>29</sup> la relación que mantuvieron los practicantes y los ATS fue una relación de intereses y de reciprocidad en la ayuda laboral.

Actualmente, se constata que la profesión de Enfermería en España tiene una presencia mayoritariamente femenina. De acuerdo con la última nota de prensa de la estadística de profesionales sanitarios colegiados del INE, en el año 2015 estaban inscritos en España 284.184 enfermeros colegiados <sup>30</sup>. Esta cifra supone un aumento respecto al año anterior del 3.4%. Dentro de este colectivo, 8.571 personas estaban registradas como matronas (un 0.5 más que el año anterior.) El porcentaje de mujeres del total de los colegiados de enfermería supone un 84.2%, siendo la

cuarta profesión con mayor porcentaje del género femenino, situándose el colectivo de logopedas en cabeza <sup>31</sup> (Anexo IV).

La presencia tan baja de hombres en la profesión, según dice el autor Vicente Bernalte <sup>1</sup>, es el resultado de que los mismos hombres a la hora de tomar la decisión asocian la profesión de Enfermería con un componente predominantemente femenino, ya que históricamente ha sido una “tarea femenina”. Florence Nightingale reflejaba, en el sector de la enfermería, la aceptación por parte de esta profesión de la “naturalidad” del papel cuidador como un espacio para el trabajo femenino, negando a los hombres la oportunidad de trabajar dentro de la profesión <sup>1,2</sup>.

En la actualidad, la enfermería lleva varias décadas dentro de la universidad, más en concreto desde el año 1977. Tras este hecho, se consigue el reconocimiento de la autonomía de la profesión, pasando de realizar tareas subordinadas a trabajar en equipos interdisciplinarios y multidisciplinarios, a partir de entonces, todo lo relativo a los recursos humanos y materiales enfermeros, sería responsabilidad de la gestión de la profesión. No obstante, según los autores Martínez Cadaya y Fernández Fernández <sup>7</sup> y Brito Brito <sup>32</sup> se hace patente la preocupación porque los cambios esperados no están surtiendo los efectos deseados. Existen determinados problemas que impiden este avance profesional de la enfermería, como es el caso de la ausencia de poder o de identidad, la falta de unas competencias bien definidas, la imagen social de la Enfermería, y la influencia del Taylorismo después de los años sesenta, donde la práctica enfermera se ve guiada por criterios de eficiencia, seguridad y confort, que van a modificar la prestación de los cuidados, otorgando mayor importancia a la técnica en detrimento de la relación enfermera-paciente. Incluso desde los mismos profesionales, se promueve aún más la confusión al no haber unidad en la denominación entre enfermeros, ATS y practicantes.

Existe una relación directa e inmediata entre teoría y práctica, y es esta una cuestión que está siendo ampliamente debatida. Según reflejan Prieto y Santos <sup>33</sup>, cuando se realiza una valoración de la situación de salud de un sujeto son varios los modelos, taxonomías y planes de cuidados que se pueden llevar a cabo, pero en la práctica real y diaria puede suponer cierta confusión que comporta en última instancia a la mala utilización de estas herramientas o incluso a la no utilización de las mismas. Según Martínez Cadaya y Fernández Fernández <sup>7</sup> son varios los autores que

reflejan que son pocos los esfuerzos que se hacen para poner solución a esta controversia.

En relación a la función asistencial que ejercen las enfermeras en el medio rural cabe destacar que según varios autores no se ha desligado el modelo biomédico centrado en la enfermedad. Miró <sup>34</sup>, señala que el rol enfermero está conformado por dos dimensiones profesionales, la cuidadora o independiente y la curativa o interdependiente y otros autores indican que ambas son complementarias: No sería posible curar sin cuidar (García, Sainz y Botella) <sup>28</sup>. Se debe tener en cuenta que el cambio del ayudante técnico sanitario al diplomado de enfermería hace que se tenga una visión integral de la persona, enfatizando así, en rol independiente de enfermería. No obstante en el artículo *“El rol enfermero. Cambios más significativos ayudante técnico sanitario y diplomado universitario en Enfermería”* se hace referencia a los autores García y Buendía, quienes señalan que los enfermeros siguen organizando el trabajo por tareas y, en su mayoría, no utilizan el diagnóstico enfermero ni trabajan con sus pacientes en base a un plan de cuidados.

Lo que identifica a la profesión de enfermería es la función de atender y cuidar, de manera que algunos autores apuntan que si se dejan de lado esta misión y se sigue dando mayor importancia a las funciones más técnicas, podría llegar a sustituirse las enfermeras por otros profesionales de categoría inferior y formación profesional técnica (Chocarro, Guerrero, Venturini y Salvadores) <sup>35</sup>. Estos mismos autores indican que la actividad asistencial recibe mayor consideración respecto al resto de funciones enfermeras.

La función docente es una competencia ligada a la titulación de Diplomado de Enfermería en la que se pueden distinguir dos ámbitos de actuación en atención primaria en el medio rural; la educación sanitaria al individuo, la familia y la comunidad y la formación del profesional de enfermería. El rol educador enfermero es llevado a cabo de forma individual durante los controles de salud, y en lo que respecta a la formación continuada de los profesionales, se evidencia cierta dificultad para la participación en actividades y sesiones formativas, debido al aislamiento profesional dentro de los equipos, a las características sociodemográficas y las restricciones de acceso a internet en algunas zonas rurales. En las funciones adscritas al rol de enfermería, no se hace referencia a la investigación y a la gestión como un aspecto a considerar dentro de las actividades

de la enfermería en el medio rural. Algunos autores plantean esta situación como un desafío en la disciplina enfermera en general, demostrando que la mayor parte de las investigaciones proviene del ámbito académico. Alberdi <sup>36</sup> refleja que comienza a tenerse interés por investigar en cuidados para demostrar la validez de las intervenciones enfermeras. Chocarro et al. <sup>35</sup> plantean el desarrollo de la investigación como un elemento clave para el impulso y consolidación de la profesión.

La atención al individuo, a la familia y a la comunidad surge en la definición de APS, en la conferencia de Alma-Ata, y cabe destacar que en el medio rural ofrece aspectos culturales especiales. Según señalan Vázquez y Alonso <sup>25</sup>, hay que tener en cuenta las estructuras de las familias rurales para adaptar la atención enfermera, ya que pueden ser familias muy extensas, en las que el cuidado es llevado a cabo por las mujeres, o por el contrario ancianos solos. El medio rural ofrece la ventaja de poder conocer estas características. Al contrario, Gervas y Pérez <sup>26</sup>, apuntan que por esa misma razón los aciertos y errores de la enfermera son obvios y públicos, y cimentan o destruyen con facilidad su reputación y autoridad profesional.

Estos mismos autores señalan que en el medio rural, la información circula con fluidez, y a lo largo de los años se construye una historia común que facilita mucho la atención, por su continuidad y por su carácter longitudinal personal y familiar, pero que a su vez se puede perder la “distancia terapéutica”.

La medicina comunitaria y la salud pública es más fácil de realizar e influir en el medio rural (Vázquez y Alonso) <sup>25</sup>, dado que se existe un impacto importante sobre las escuelas, los ayuntamientos... además de conocerse las características medioambientales de salud (como el estado de las aguas...). Al contrario, Oliveira, Meneces y Recence <sup>37</sup> exponen que las creencias religiosas, saberes biomédicos y valores tradicionales sobre el proceso salud enfermedad que presenta la población rural, influyen directamente en sus prácticas.

Existen muchos problemas derivados del trabajo que realiza la enfermera en las zonas rurales, pudiéndolos clasificar, según los autores Rodríguez-Moldes et al. <sup>38</sup> en función de la relación del profesional de la enfermería con otros miembros del equipo, asociados a los desplazamientos, a las condiciones laborales y a la formación continuada. (Anexo V)

Dificultades de la práctica de Enfermería en el medio rural	
Aislamiento profesional y personal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soledad dentro del equipo multidisciplinar.</li> <li>• Relación escasa con servicio de referencia, si dispersión geográfica.</li> <li>• Predomino de función asistencial.</li> <li>• Menor tiempo de atención al paciente por falta de profesionales.</li> </ul>
Problemas asociados al desplazamiento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida de tiempo que disminuye la atención de los pacientes.</li> <li>• Riesgos de accidentes.</li> <li>• Uso de vehículo propio para los desplazamientos.</li> <li>• Escasa/nula remuneración para asumir los gastos que conlleva el desplazamiento.</li> <li>• Dificultad para asistir a: centros de referencia, reuniones del equipo y formación...</li> <li>• Tiempo en atender una urgencia.</li> </ul>
Condiciones laborales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultorios poco adaptados y mal acondicionados.</li> <li>• Ausencia de material apropiado.</li> <li>• Se asumen múltiples funciones fuera de ámbito de la enfermería.</li> <li>• Aumento de la población inmigrante (cultura, idioma...)</li> <li>• Escasez de personal que cubra las ausencias.</li> </ul>
Formación continuada.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultad para acudir a sesiones formativas, por el aislamiento y la dispersión geográfica existente.</li> <li>• Falta de sustituciones, que impiden acudir al personal a los cursos formativos.</li> <li>• Dificultad formación online: limitado acceso internet.</li> </ul>
Otros	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carencia de objetivos específicos.</li> <li>• Falta de motivación profesional y baja autoestima en ocasiones.</li> <li>• Sobrecarga de las consultas: población demandante.</li> </ul>

**Tabla 4:** Resumen de los problemas derivados de la enfermería en el medio rural.

## CONCLUSIONES

- El medio rural ofrece la ventaja de ser un entorno bien delimitado, lo que hace más fácil al profesional conocer su población diana y su problemática. Además, el contacto que se tiene con el individuo, familia y comunidad es muy cercano, tanto en el plano físico como en el psíquico y sociofamiliar.
- Cada día existen más dificultades en el medio rural para garantizar una asistencia y atención de calidad, debido a: el aislamiento, los largos desplazamientos, las escasas coberturas, el tener que asumir diferentes funciones propias de otros colectivos, la escasez de medios técnicos adecuados y las dificultades para el reciclaje y la formación.
- La figura del profesional de enfermería en el medio rural ha sufrido un cambio sustancial, basado en el modelo resultante de Alma-Ata, pasando del modelo propiamente curativo al modelo prescriptivo. Pero debido a la escasez de profesionales que realizan su labor en el ámbito rural y a la falta de tiempo de asistencia a cada paciente, se ha retornado al modelo clásico. Sigue existiendo una cultura de la práctica de la enfermería rural situada en cuidados curativos, en el modelo biomédico, lo que aleja el fundamento de la atención primaria centrada en las acciones dirigidas a la prevención y promoción de la salud.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Bernalte Martí V. Minoría de hombres en la profesión de enfermería. Reflexiones sobre su historia, imagen y evolución en España. *Enf global*. 2015; 14 (1): 328-334.
2. Helena Pimentel M, Augusto Pereira F, Pereira da Mata M. La construcción de la identidad social y profesional de una profesión femenina: enfermería. *Prisma social*. 2011; 7: 1-23.
3. Arandojo Morales MI, Centeno Brime J, Hernández Martín FJ. La escuela de enfermeras de Santa Isabel de Hungría a través de la prensa. 2015.
4. Molina García L, Rodríguez Villar V, Miranda Moreno MD, Hidalgo Ruiz M. Recorrido histórico de la profesión de matrona: una revisión bibliográfica. *Index*. 2016; 25: 1-9.
5. Calvo Calvo MA. La reacción de los practicantes de Medicina y Cirugía frente a la creación del título de Enfermera en 1915. *Dynamis*. 2014; 34(2): 426-446.
6. Carmona González I, Saiz Puente MS. El bautismo de urgencia, función tradicional de las matronas. *FAME*. 2009; 10(4): 14-19.
7. Martínez Cadata N, Fernández Fernández ML. El rol enfermero. Cambios más significativos entra ayudante técnico sanitario y diplomado universitario en Enfermería. 2012. *Cultura de los cuidados*. 16(33): 22-29.
8. Delgado Carlos DJ, Giménez Muñoz MC, Itayra Padilha M. Historia da enfermagem espanhola (1953-1980): Notas introductorias. 2016; 25(2): 1-9.
9. Blázquez Ornat I. La socialización de los practicantes a través de los manuales del Dr. Felipe Sáenz de Cenzano. *Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*. 1907-1942. 2016; 68(1): 1-14.
10. Blázquez Ornat I. La identidad del practicante a través de la prensa profesional. Aragón, 1885-1936. *Dynamis*. 2016; 36(2): 443-466.
11. Vignolo J, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Arch Med interna*. 2011; 33(1): 11-14.
12. Delgado García G. Conferencia internacional sobre atención primaria de salud Alma-Ata (1978). *Cuadernos de historia de la salud pública*. 2008. 1-4.
13. Apréaz Ippolito G. En busca de la atención primaria de salud y la salud para todos: reflexiones de una búsqueda. *Univ Odontol*. 2010; 29 (63): 29-36.

14. Atención primaria de salud. Organización Mundial de la Salud. 2017 [citado 6 Febrero 2017]. Disponible en: [http://www.who.int/topics/primary\\_health\\_care/es/](http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/)
15. Tejada de Rivero DA. Lo que es atención primaria de salud: algunas consideraciones a casi treinta y cinco años de alma-Ata. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2013; 30(2): 283-287.
16. Alfaro Latorre M. El desarrollo de la Atención primaria en el INSALUD: un análisis de cambio organizativo. Medifam .2002; 12: 1-10.
17. Andina Díaz E, Siles González J. La historia de una "partera" en la España rural de mediados del siglo XX. Index Enferm. 2015; 24(1-2): 81-85.
18. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria- Organización Institucional-Nuestros orígenes. Ingesa.msssi.gob.es. 2017 [citado el 8 Marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.ingesa.msssi.gob.es/organizacion/origenes/home.htm>
19. Firmino Bezerra ST, Mesquita Lemos A, Costa de Sousa S M, Lima Carvalho C M, Carvalho Fernandes AF, Santos Alves M D. Promoción de la salud: la calidad de vida en las prácticas de enfermería. Enferm. glob. 2013; 12(32): 260-269.
20. INFOMES. Envejecimiento en red. Núm 14. 2016 [citado el 22 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos16.pdf>
21. OMS. Envejecimiento. 2017 [citado el 14 de Enero de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/ageing/es/>
22. Monreal Bosch P, Vall Gómez A, Serda Ferrer B. Los grandes olvidados: Las personas mayores en el entorno rural. 2009; 18(3): 269-277.
23. Banco mundial. Indicadores de desarrollo mundial. Datos. 2016. [citado el 2 de Febrero de 2017]. Disponible en: [http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.RUR.TOTL.ZS?locations=ES&year\\_high\\_desc=false](http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.RUR.TOTL.ZS?locations=ES&year_high_desc=false)
24. Fajardo Alcántara,A, Martín Carrillo P. El medio rural: una visión mirando al futuro (I). Elsevier. 2000; 26(2): 120-130.
25. Alonso Roca R, Vázquez Torquet A. Docencia en el medio rural ¿Hay algo que aportar al residente? rceAP. 2007; 14:1-6.

26. Gérvas J, Pérez Fernández M. El médico rural en el siglo XXI, desde el punto de vista urbano. *rceAP*. 2007; 14: 1-5.
27. Sancho Comíns J, Reinoso Moreno D. La delimitación del ámbito rural: una cuestión clave en los programas de desarrollo rural. *Estudios Geográficos*. 2012; 73(273): 599-624.
28. García Bañón M<sup>a</sup>, Sainz Otero A, Botella Rodríguez M. La enfermería vista desde el género. *Index Enferm*. 2004; 13(46): 45-48.
29. Linares Abad M, Moral Gutiérrez I, Álvarez Nieto C, Grande Gascón ML, Pancorbo Hidalgo PL. Relaciones sociales de género de las matronas en una comarca rural de España. *Rev Enferm Global*. 2012; 11(2): 364-376.
30. INE: Instituto Nacional de Estadística. Notas de prensa. 2016. [Citado el 2 de Mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np970.pdf>
31. INE: Instituto Nacional de Estadística. Estadísticas de profesionales sanitarios. 2015. [Citado el 22 de Abril de 2017]. Disponible en: [http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176781&menu=ultiDatos&idp=1254735573175](http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176781&menu=ultiDatos&idp=1254735573175)
32. Ruymán Brito Brito P. El camino hacia la identidad enfermera. *Metas de enferm*. 2007; 10(2): 51-54.
33. Sancho Cantus D, Prieto Contreras L. Teorías y modelos en la práctica enfermera. ¿Un binomio imposible? *Rev Enf Global*. 2012; 11(3): 292-298.
34. Miró Bonet M. Los modelos conceptuales. Una estrategia de poder con implicaciones profesionales. *Enferm Clin*. 2010; 20: 360-365.
35. Chocarro González L, Guerreo Bonmatty R, Venturini Medina C, Salvadores fuentes P. Análisis de la identidad profesional a través de la competencia educadora de la enfermería. *Cultura de los cuidados*. 2004; 15: 55-62.
36. Alberdi Castell R. Los estudios universitarios de enfermería y sus implicaciones en la investigación en cuidados. *Enferm Clin*; 2006; 16 (6): 332-335.
37. Oliveira M, Menezes MJ, Renzede L. The cultural aspects of the practice of Community Health Agents in rural areas. *Rev Esc Enferm*. 2012; 46(3): 670-677.
38. Rodríguez-Moldes Vázquez B, Álvarez Gómez J, Morell Bernabé JJ. Atención pediátrica en el entorno rural: problemas y alternativas. *Revista pediátrica de Atención Primaria*. 2008; 10(2): 95-109.

## ANEXOS

### Anexo I

	Nivel de prevención		
	PRIMARIO	SECUNDARIO	TERCIARIO
<b>Concepto</b>	Medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud, mediante el control de los agentes causales y factores de riesgo	Medidas orientadas a de tener o retardar el progreso de una enfermedad o problema de salud, ya presente en un individuo en cualquier punto de su aparición.	Medidas orientadas a evitar, retardar o reducir la aparición de las secuelas de una enfermedad o problema de salud.
<b>Objetivo</b>	Disminuir la incidencia de las enfermedad	Reducir la prevalencia de la enfermedad	Mejorar la calidad de vida de las personas enfermas
<b>Etapas historia natural de la enfermedad</b>	Prepatógeno	Patogénico	Resultados: cronicidad
<b>Actividades</b>	a. Promoción de la salud (dirigida a las personas) b. Protección de la salud (realizadas sobre el medio ambiente)	El núcleo fundamental de actividades lo forman los programas de cribado o detección.	a. Tratamiento para prevención de secuelas b. Rehabilitación física, ocupacional, psicológica

**Tabla 5:** Niveles de prevención de la enfermedad.

## Anexo II

<b>DELIMITACIÓN DEL ÁMBITO RURAL</b>	
<b>Instituto Nacional de Estadística (INE)</b>	Define como hábitat rural a aquellas zonas donde los municipios poseen una población inferior a 2.000 habitantes; como semiurbano o semi-rural, entre 2.000 y 10.000 habitantes, y como urbano a los municipios con más de 10.000 habitantes.
<b>Servicio Nacional de Salud (SNS)</b>	Para definir centros rurales se añaden otros criterios como la dispersión geográfica, es decir, la distancia desde los diferentes núcleos que pertenecen al centro de salud hasta el municipio de cabecera.
<b>Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE)</b>	Establece un límite territorial de lo rural basado en la densidad de población y el número de habitantes del núcleo de mayor tamaño. <ol style="list-style-type: none"><li>1. Predominantemente Rurales: si más del 50% de la población de la región vive en comunidades rurales.</li><li>2. Intermedias: entre el 15% y el 50%.</li><li>3. Predominantemente Urbanas, si menos del 15% de la población de la región vive en unidades locales rurales.</li></ol>

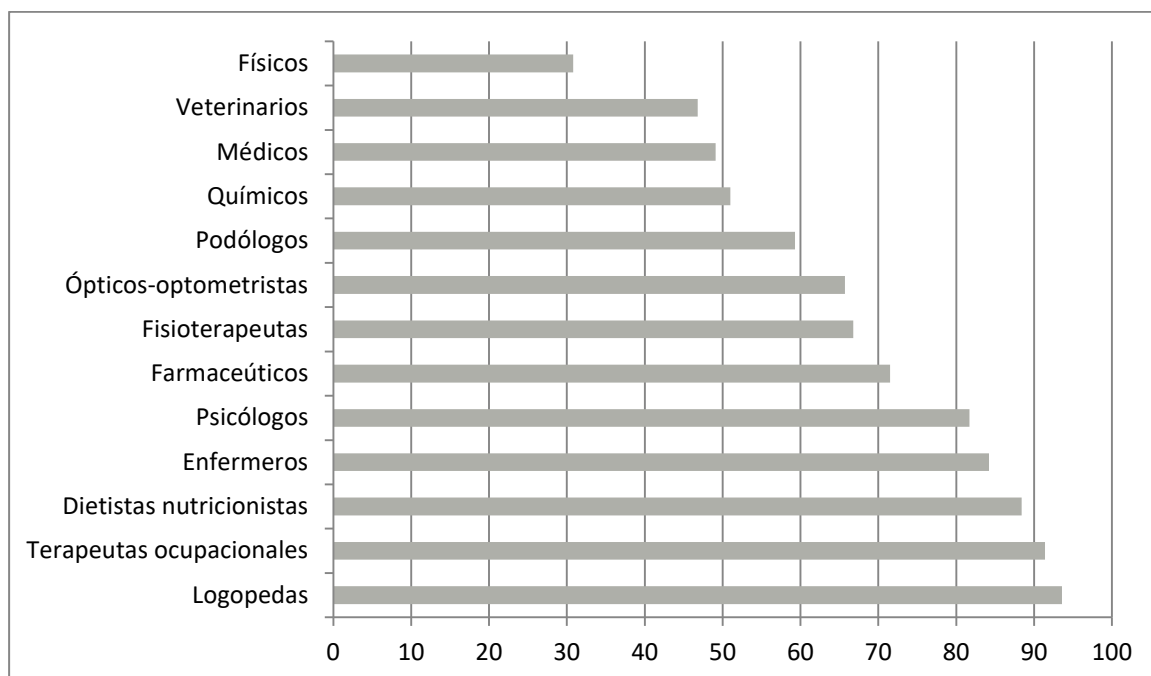
**Tabla 6:** Delimitación del ámbito rural según diferentes entidades.

### Anexo III

<b>CRITERIO PARA LA DELIMITACIÓN DE LAS ZONAS RURALES</b>	
<b>CCAA</b>	<b>CRITERIO UTILIZADO</b>
<b>Andalucía</b>	OCDE (Toda la Comunidad)
<b>Aragón</b>	OCDE (Toda la Comunidad)
<b>Asturias</b>	OCDE (Municipal)
<b>Balears</b>	OCDE (Municipal)
<b>Canarias</b>	OCDE (Municipal)
<b>Cantabria</b>	No especifica
<b>Castilla y León</b>	PROPIO (Municipal)
<b>Castilla-La Mancha</b>	PROPIO (Municipal)
<b>Cataluña</b>	OCDE (Municipal y comarcal)
<b>Comunitat Valenciana</b>	PROPIO (Municipal)
<b>Extremadura</b>	OCDE (Toda la Comunidad)
<b>Galicia</b>	OCDE (Municipal)
<b>Madrid</b>	OCDE (Municipal)
<b>Murcia</b>	OCDE (Municipal)
<b>Navarra</b>	OCDE (Municipal)
<b>País Vasco</b>	PROPIO (Inframunicipal)
<b>Rioja</b>	OCDE (Municipal)

Tabla 7: Programas de Desarrollo Rural Autonómicos.

## Anexo IV



**Figura 2:** Porcentaje de mujeres entre los colegiados por tipo de profesión sanitaria en el año 2015.

## Anexo V

<b><u>Aislamiento profesional y personal de la enfermera:</u></b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Soledad dentro del equipo multi e interdisciplinar. Además, si existe dispersión geográfica, la relación con otras compañeras enfermeras y con el servicio de referencia es escasa.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Escaso desarrollo de la importante función en atención primaria; educación para la salud. Limitándose en muchas ocasiones a realizar curas y vacunar.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• En muchos casos la enfermera de familia es compartida entre varios facultativos médicos, reduciéndose así el tiempo en la atención de paciente.</li></ul>
<b><u>Problemas asociados al desplazamiento.</u></b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• La dispersión geográfica entre los núcleos de población atendidos, en algunas Comunidades Autónomas, es muy grande y esto conlleva a una pérdida de tiempo para la atención, además de continuos riesgos de accidentes que aumentan en proporción directa con las dificultades orográficas del terreno.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Uso de vehículo propio para los desplazamientos.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Pequeña o inexistente remuneración para asumir los gastos que conlleva la utilización del vehículo propio, el transporte, los seguros...</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• En el caso de una urgencia, el tiempo que pasa hasta que acude una ambulancia medicalizada o que el paciente es trasladado hasta el hospital de referencia y recibe la atención adecuada, puede llegar a ser muy prolongado.</li></ul>
<b><u>Condiciones laborales.</u></b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Muchos consultorios están poco adaptados y mal acondicionados para la atención enfermera.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Ausencia de material apropiado, destacando aquí el material necesario para afrontar una urgencia. Además en muchas ocasiones se tiene que trasladar el material de un consultorio a otro.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Se asumen múltiples funciones fuera de ámbito de la enfermería, al carecer</li></ul>



de personal especializado que lo realice (auxiliar de enfermería, celador, personal de administración...)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento de la población inmigrante, que dificulta el desarrollo de la consulta de enfermería por problemas de cultura, idioma...</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escasez de personal que cubra las ausencias, lo que conlleva a la sobrecarga y saturación de los compañeros, quien asumen la consulta hasta la vuelta del compañero.</li> </ul>
<b><u>Formación continuada.</u></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultad para acudir en sesiones y actividades formativas, por el aislamiento del profesional de salud en el medio rural y la dispersión geográfica existente.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de sustituciones, que impiden acudir al personal a los cursos formativos.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultades para acceder de manera online a las actividades de docencia, por el limitado acceso a internet.</li> </ul>
<b><u>Otros.</u></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carencia de objetivos específicos, importando en muchas ocasiones únicamente la solución a la demanda del paciente, dejando de lado la valoración de la calidad de la asistencia, la sobrecarga de las consultas...</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de motivación profesional y baja autoestima en ocasiones.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estancia insuficiente en muchos consultorios que impiden el seguimiento adecuado del paciente crónico.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Población cada vez más demandante, que acude a la consulta por problemas banales, con poca responsabilidad sobre su salud, baja capacidad para la toma de decisiones que normalmente sobrecargan las consultas.</li> </ul>

**Tabla 8:** Problemas derivados de la enfermería en el medio rural.