

**AVANCES EN LA PRÁCTICA DE LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA.
VISIONES DE UNA MISMA REALIDAD**

**Por
Florentina Zapico Yáñez**

Para optar al título de Doctora en Sociología

Director de tesis.

**Dr. Josep A. Rodríguez, PhD.
Catedrático de Sociología**

**Programa de Doctorado Ciencias Sociales y Salud
Bienio 1996-1998**

Departamento de Sociología y Análisis de las Organizaciones

**Universidad de Barcelona
2005**

Índice

Prefacio	3
Capítulo I. Introducción	9
¿Qué significa cuidar?.....	11
Modelos de supervivencia profesional	12
Roles enfermeros.....	13
Indicadores que ayudan a identificar los diferentes roles.....	17
Justificación de por qué interesa la investigación.....	22
Capítulo II. Marco teórico.....	25
Antecedentes	27
Tendencias sociopolíticas de las profesiones: formación y tecnología.	28
Teorías del conocimiento experto	30
Capítulo III. Metodología	35
Objetivo general	37
Objetivos específicos	37
Hipótesis	38
Capítulo IV. Proceso educativo de la Profesión de Enfermería	43
Antecedentes históricos de la profesión.....	45
Perspectivas de futuro: definir las tareas	94
Contrastación de las hipótesis.....	96
Conclusiones.....	126
Capítulo V. Esencia de la profesión: Tareas	129
Definición de tarea	131
Terminología del análisis y valoración de tareas.....	131
Situación actual: nuevas necesidades para crecer	143
Perspectivas de futuro: acabar de perfilar y definir las tareas.....	148
Conclusiones.....	152
Capítulo VI. Mercado: cambios en las organizaciones	157
Definición de Profesión y Organizaciones.....	159
Mercado: Cambios en las Organizaciones.....	159
Discurso de la profesión: élites y enfermeras.....	166
Conclusiones.....	152

Capítulo VII. Ámbitos para el ejercicio profesional	197
El sistema sanitario de Catalunya	199
Recursos económicos: el presupuesto consolidado CatSalut.....	210
Recursos humanos	211
Formación	212
Encuesta de satisfacción (2003)	217
Conclusiones.....	220
Capítulo VIII. Modelos de Cuidar.....	223
Análisis del trabajo de campo	225
Modelos de cuidar (nuevos discursos profesionales).....	235
Conclusiones.....	251
Gráficos sobre las orientaciones de las distintas escuelas de Cuidados	254
Capítulo IX. Discusión.....	257
Capítulo X. Conclusiones	295
ANEXOS	315
ANEXO A: Cuadro resumen de las conclusiones	317
GLOSARIO:	327
BIBLIOGRAFIA COMENTADA	335
ANEXO B: Cuadro sinóptico de las etapas de la enfermería	349
ANEXO C: Cuadro cronológico de evolución planes de estudios.....	351
ANEXO D: Cuadros resumen de los datos del trabajo de campo..	365
ANEXO E: Cuestionario	397

Prefacio

La vida de una persona adulta se divide entre familia, trabajo y espacio personal de búsqueda de la razón de ser. La familia (pilar de nuestra existencia), el trabajo (pilar de nuestra subsistencia) y el espacio personal (pilar de nuestra trascendencia) no pueden o no deben dissociarse, en ello radica, el bienestar de toda persona.

Normalmente mostramos nuestro cariño y amor por la familia, mostrarlo por el trabajo, creo que es un privilegio que aquellos que tenemos la suerte de amar lo que hacemos debe pregonarlo (con humildad) al resto. No hay mejor manera de expresar la satisfacción por lo que uno hace que escribir sobre ello. Normalmente, las enfermeras tenemos la tendencia a escribir sobre nuestro pasado (a veces idealizándolo), otras sobre lo que ha de ser el futuro (ideal, pero poco tangible), espero contribuir con mi trabajo a mostrar una parcela o visión de una misma realidad en tiempo presente.

Hablando del pasado, la Historia de la Enfermería va ligada a la Historia de la Humanidad, a la Historia de la Profesión Médica y a sus creencias respecto a las enfermedades y sus causas; para entender la evolución de los cuidados de enfermería, se han de explicar los avances científico técnicos de las diferentes etapas históricas y las prácticas que los diferentes actores desempeñaron, sus relaciones, lugares donde llevaban a cabo sus prácticas, a quién iban dirigidas, qué tipo de actividad realizaban y sus características.

Para la explicación de la evolución histórica de la enfermería, parto del análisis de las fuentes documentales que me permiten justificar que los avances de la práctica enfermera están relacionados con la división del trabajo a lo largo de la historia, la misoginia de los padres del pensamiento que impregnó la vida cotidiana y, por tanto, los quehaceres de hombres y mujeres y que también la presencia mayoritariamente femenina en la profesión no se circunscribe sólo a la enfermera asistencial sino a casi todos los teóricos que sobre la enfermería han tenido algo a decir, a excepción de los sociólogos que han estudiado la enfermería como profesión, que son hombres y mujeres. Desde este punto de vista, cabe remarcar que si bien los primeros textos sobre formación se deben a hombres, sobre todo médicos, en la actualidad, las creadoras de los modelos y teorías enfermeras son mujeres.

Para hablar del futuro, el análisis de las teorías enfermeras (de importación americana mayoritariamente que han hecho crecer nuestros saberes desde el punto de vista de la Enfermería como Ciencia), la entrada en la Comunidad Económica Europea (que ha hecho posible la convergencia en nuestra formación y finalidad de los enfermeros generalistas para todo el espacio europeo) y finalmente las Leyes de nuestro país que ponen de relieve las competencias que todos hemos de adquirir a lo largo de nuestros estudios y carrera profesional. Para hablar del presente, este estudio pretende analizar los avances en la práctica de las enfermeras mediante el análisis de las tareas, la visión que tienen los profesionales y las élites de la profesión y finalmente analizar si existen estrategias de futuro pertinentes a las nuevas tendencias que nos permitan seguir avanzando en un nuevo enfoque de la profesión.

Estas nuevas tendencias vienen enmarcadas por los cambios en la estructura social, el envejecimiento de la población, la crisis económica, los flujos migratorios, las preocupaciones ecológicas, las desigualdades sociales, etc. Los sistemas y las políticas de las organizaciones sanitarias, los cambios en los sistemas de salud con la consiguiente contención en los gastos sanitarios, el avance científico y tecnológico y su influencia en las profesiones y, finalmente, la construcción de la profesión enfermera y su coexistencia con las tareas de otros profesionales. Es en este escenario donde la enfermería se enfrenta a su gran reto; crecer como profesión o desaparecer como tal. Según la revisión bibliográfica realizada, políticos, agentes sociales, élites profesionales, le auguran un buen futuro, lo que no ocurre con los profesionales que se autodenominan de base. Éstos tienen una visión pesimista sobre su formación, su práctica y su futuro.

La construcción de una cultura profesional puede hacerse utilizando varias orientaciones, desde la importación de modelos teóricos y tecnológicos avanzados de otras experiencias como pueden ser en este caso los modelos de enfermería de los EEUU y Canadá. Buxó i Rey (1994) apunta que no basta emular ideas nuevas sino que hay que elaborar adopciones innovadoras. La adopción innovadora se construye sobre la base de la combinación de la lógica y la intuición, el conocimiento y la acción, la razón y la pasión, la ética y la estética, es decir, sobre un mejor conocimiento de nuestros pensamientos y acciones.

El análisis de las investigaciones realizadas podría sugerir según Torra i Bou (1995) que la Enfermería es una disciplina que va construyendo su cuerpo de conocimientos propio sobre la base de la interpretación de la realidad que la rodea. El análisis de las tareas, su evolución, nos orientará sobre las competencias presentes y la capacidad del colectivo para afrontar los retos del siglo XXI.

Con los resultados de este trabajo se aspira a contribuir en la definición de las tareas, su avance, el pensamiento de sus líderes sobre formación y estrategias de inserción en los sistemas profesionales.

Cómo ha sido posible llegar hasta aquí, todo ello lo debo a mi familia, amigos, compañeros y tutor de mi tesis. Todavía recuerdo cuando me encontré con Rafi (diminutivo cariñoso de mi amiga Rafaela Blanco profesora como yo en la Escuela de Enfermería de la Vall d'Hebron, adscrita a la Universidad Autónoma de Barcelona) bajo los pinos de la Escuela que iba camino a la facultad de Sociología de la Universidad de Barcelona, para enterarse y si un caso matricularse en el doctorado; mujer de inquietudes por los saberes, la acompañó porque yo también me quiero enterar. El recibimiento por parte de Núria Rodríguez (becaria en aquel momento del Departamento), Josep A. Rodríguez (Catedrático de Sociología), Carmen Domínguez Alcón (Enfermera y Socióloga), fue un bálsamo en nuestras aspiraciones. Salimos con los papeles para iniciar ya el curso. Al día siguiente ya estábamos matriculadas.

Durante los dos años de doctorado presencial recalaron por el doctorado personas que dejaron huella en mi vida, personas de otros continentes que no hicieron más que confirmar mi acierto en la elección.

Mi agradecimiento va a aquellas personas que hicieron posible con sus saberes y orientaciones mi continuidad en el doctorado en un momento trascendental en mi vida, el cáncer me juega una mala pasada cuando yo creía estar mejor que nunca. A Jesús de Miguel debo su ánimo y ayuda en caso de que no aceptasen mi currículum en este doctorado (yo venía de la disciplina de Bellas Artes) y la Universidad decidió que sólo se matriculaban en los doctorados aquellos estudiantes de carreras afines. No sé si llegó a intervenir, pero el sólo hecho de su ayuda animó más mi alma dolorida en aquel

momento. A Carmen Domínguez le debo su visión de otros mundos "enfermeriles" como decía mi buena amiga Pilar Arcas (recientemente fallecida).

A Ignasi Pons me lo pasé muy bien además de aprender metodología, sus investigaciones sobre los mundos de las "Sras. Prostitutas" de Oviedo mi capital de provincias fue muy estimulante. A Oriol Romaní, sus conocimientos sobre la enfermería y "sus mundos". A Jaume Farràs y Josep Luis C.Bosch su paciencia delante de una analfabeta (entonces) funcional de la informática. A Benjamin Oltra y su mujer la acogida cariñosa en el Seminario de Culturas Mediterráneas en Altea. A Joan Bellavista que me orientó con sus saberes a realizar el trabajo sobre "El hombre clónico" del cual todavía guardo una copia por lo bien que me lo pasé. Al profesor Jacint Raventós por su erudición sobre la evolución del binomio cultura y medicina en Catalunya; a Montse Juan porque las dos disfrutamos un montón con las lecturas sobre Mujer y Salud, todavía conservo la reseña narrada al estilo John Ford en la "Conquista del Oeste" de las vicisitudes de las mujeres americanas por conquistar su puesto en la historia de la medicina y la enfermería. A Ana Collado con la que tuve la oportunidad de analizar las desigualdades entre demografía y salud.

Un agradecimiento especial merece Josep A. Rodríguez al que le agradezco su ánimo y su paciencia al esperar que por fin le presentara algo que se pareciera a una tesis. Y por último a Núria Rodríguez que alentó, en todo momento, con su persistencia que no dejara colgada esta tesis que hoy tengo el honor de presentar ante ustedes.

De mis compañeros de trabajo, no quiero pasar por alto el que en estos momentos estamos embarcados en un cambio radical de metodología de la enseñanza, 14 profesores, 5 secretarias y dos bedeles, estamos inmersos en un cambio total. La satisfacción que esto comporta no se entiende si no se vive. Gracias a Rosa Maria Torrens por su entusiasmo en saber interpretar la necesidad de los profesores de la escuela en cuanto a la necesidad de cambio, cambio tan radical, que el Aprendizaje basado en Problemas (PBL), metodología docente como motor de cambio, ha renovado nuestro entusiasmo docente; igualmente a Dolors Bernabéu porque también supo transmitir al equipo, los nuevos pasos docentes en Europa durante su intercambio de Erasmus; al Dr. Luis Branda al que le debemos su asesoría metodológica y sobre todo su gran humanismo. A la valentía de Rafaela Blanco, Teresa Carulla, Rosa Maria

Torrens y yo misma al poner en marcha la experiencia durante el curso 2000 con las Prácticas de Aula de los estudiantes de primer curso, experiencia muy bien evaluada y que fue el punto de partida para iniciar la experiencia con todo el currículum de primer curso con esta metodología al curso siguiente. En la actualidad, (curso 2004-2005), se diploma la primera promoción de Enfermeras formadas con esta metodología. Así mismo, mis colegas que también han sabido con sus saberes hacer posible el milagro, gracias a Laura Montenegro, Maria Cònsul, Manel Quintanilla, M.Dolors Juanola, Araceli Fernández, Josefina Fornos, Anna Guillamet, Pilar Llompart, Enriqueta Bernáus y Sabi San Andrés, todos ellos del cuerpo docente. A Conchita Cabezas, Cris Sitjà, Esther Batista, Begoña Martínez, Blanca García, del cuerpo administrativo, Marta Miquel (bibliotecaria) y Josep Maria Causadias y Manuel Ortiz del cuerpo de bedeles que juntos hacen posible el proyecto Vall d'Hebron. A los profesores colaboradores por su inestimable apoyo al proyecto, a todos los profesores que han ido contribuyendo con sus saberes al reconocimiento de esta Escuela como una de las más prestigiosas de nuestro entorno.

A los estudiantes que han escogido esta Escuela por el mismo motivo y que año tras año transmiten su alegría e inquietudes y que no hace más que recordarnos nuestros inicios en lo que sería nuestra profesión.

Especial mención para Bea Barranco de la Junta de Personal por CCOO, por su inestimable oferta de documentación.

A mis amigos y colegas Jesús Adrián y David Casacuberta, profesores de la Universidad Autónoma por compartir conmigo sus saberes y ayudarnos a crecer en lo que tanto estimamos, la docencia.

A mi colega Montse Busquest por su inestimable apoyo para que publicara en la Revista Enfermería Clínica, por lo mismo, a Maria Jesús Nadal y José García de la revista Rol por lo mismo y sobre todo por cariño, interés y ánimo.

Mis amigos María José y su hermano Miguel Vázquez que han hecho posible parte de esta tesis con sus aportaciones técnicas. A Pedro y Maite desde la lejanía por los buenos momentos pasados, a Julián sin Carmen (que también se nos ha ido) por lo

mismo, a Jordi e Isabel porque cada vez los siento más cerca de Barcelona a pesar de que Canarias está a tres mil kilómetros. A Laura y Berta cada día más alta y mujer. Y a tantos otros que serían un sin fin. A Loli Polaino, que en estos momentos está muy presente en mi corazón.

Mi Familia como diría Conrand es lo más importante en mi vida, mi madre Maruja Yáñez (a la que debo la vida y su persistente recuerdo de mi padre hace seis años fallecido pero que continua entre nosotros como cualquier otro miembro de la familia). Mi hermana María Sol y Paco su marido que han tenido dos hijas maravillosas que he visto crecer como si fueran mis hijas. María Jesús y Bene y María José y Miguel que me han dado tres retoños maravillosos: Sergio, Laura y Víctor. Mi hermano José Manuel y Carmita su mujer, sus tres hijas (Rebeca, Susana y Mirian felizmente casadas con Javier, Roberto y Víctor; Rebeca tiene otro precioso retoño, Borja. Mi cuñada Mari Carmen y Cisco y sus dos hijos Jordi y Sergi y finalmente mi suegra Carmen que me ha dado todo su cariño en un momento de mi existencia tan difícil, dando un vuelco a mi vida. El resto de la familia está en mi corazón.

Mis amores; Norbert (mi marido), Miguel y Marta y Daniel y Silvia nuestros hijos. Mi adorado nieto Pau, sonrisa y luz de nuestro camino. Se hace fácil y a la vez difícil escribir sobre la persona de la que estás enamorada, Norbert mi apoyo, cariño, amor, respeto, dulzura y todo aquello que una mujer necesita para ser feliz. Creo que acabar esta tesis en estos momentos delicados de salud, ha sido posible por la aportación de todos y cada uno de los que he citado pero sobre todo por mi familia más íntima, aquella que llevas en el corazón.

Capítulo I. Introducción

1.1. ¿Qué significa cuidar?

Enfermería como cualquier otra profesión ha ido cambiando y configurándose a lo largo de la historia de la mano del concepto que la sociedad ha ido atribuyendo a la persona, y de los supuestos culturales y sociales que conforman e informan el modo de acercarse a ella. Tradicionalmente se ha ido identificando a la enfermera con el acto de cuidar a las personas; estos actos y los actores de los mismos, han ido variando, a su vez, a lo largo de la historia, pero persiste un eje común que es el de cuidar.

Cuidar es y será siempre un acto de vida, no sólo indispensable para la vida de los individuos, sino también para la perpetuidad de todo el grupo social, pero como muy bien dice (Collière: 1982), *“cuidar ha ido evolucionando hasta perder este origen primario al dirigirse hacia la vida de los seres que sufren, los necesitados y los desheredados”*.

De la formación inicial que garantizaba la supervivencia (plantas, cuidados corporales, alimentación) o la recuperación de las heridas de guerra (uso de tecnologías, cuchillos, agujas, etc.) o las enfermedades, sólo las dos últimas fueron adquiriendo el poder necesario para hacerse imprescindibles en el seno de la comunidad a la que servían, una porque reparaba a los que hacían posible la conservación del poder (los señores de la guerra) y los otros porque alejaban los malos augurios (males) con sus prácticas. La observación y reflexión sobre sus propias prácticas y, sobre todo, la escritura ayudó a determinar la supremacía de unos saberes sobre otros.

Los actores que han intervenido en el acto de cuidar y sus diversas prácticas han ido evolucionando a la par que los descubrimientos científico-técnicos (muchas veces generados por ellos mismos), la supremacía de quién detentaba el poder político-religioso, las normas de conducta y papel de la mujer en la sociedad (tradicionalmente ligada a los cuidados de supervivencia) y el medio donde éstos desarrollaban sus prácticas. Los saberes ligados a garantizar la supervivencia transmitida de manera oral han llegado hasta nuestros días, porque la mujer cuida desde el momento que genera la vida y prepara para su desaparición.

El acto de cuidar, en el sentido que expresa Collière (1982): cuidarse de los que sufren, es de todos y no es de nadie, es decir, deja de ser patrimonio de las mujeres y se convierte en un trabajo que requiere unos conocimientos, unas habilidades técnicas y unos valores. Ahora bien, la identificación de esta práctica de aplicación de cuidados confundida y asociada con las conductas y comportamientos que se esperan de las mujeres, se traduce en un rol de auxiliar de ayuda a los médicos. El predominio de este "rol" prevalece casi hasta la actualidad (Alberdi: 1988).

1.2. Modelos de supervivencia profesional

Gottlieb Laurie N. (1997) expone la fuerte competencia que se ha establecido entre los profesionales de la salud, los cuales rivalizan por un puesto en el contexto de la reorganización de los servicios de salud. En esta lucha, las enfermeras pueden ganar o perder. El resultado determinará el lugar que ellas ocuparán en el nuevo orden de los cuidados de la salud: o bien será considerado un actor cada vez más importante o bien desaparecerá porque otras profesiones de la salud desempeñarán su rol y sus competencias quedarán reducidas a tareas técnicas, ejecutadas por los trabajadores no cualificados. Presenta tres estrategias que, dice, pueden ser adoptadas por las profesiones que quieren asegurar su supervivencia:

A) El modelo de Competición-Substitución de Ralph Sutherland (1996) citado por Gottlieb, expone: el profesional ejerce un rol paramédico y ejecuta tareas a bajo coste que rivalizan con el orden médico establecido. Este modelo presupone un cierto número de hipótesis: a) las nociones de los cuidados de salud y de los cuidados médicos son nociones sinónimas; b) los Gobiernos no quieren financiar más que los cuidados médicos; c) la actitud "maternal" que se da en la profesión de enfermería no necesita ningún conocimiento, competencia o formación especializada por lo que podría ser desempeñado por cualquier profesional de la salud que posea cualidades de compasión; d) la dimensión "maternal" o "dulzura" aun estando presentes en los cuidados, no tiene ningún efecto sobre ellos; e) la profesión enfermera es una extensión de la medicina y no posee ninguna identidad propia.

- B) **El modelo de Difusión** favorecerá la desaparición de la enfermería porque éste preconiza una cierta confusión entre los roles y funciones de tal manera que cualquier profesional pueda hacer las funciones de otro, favoreciendo la pérdida de identidad. Las diferencias entre las profesiones y las disciplinas son nebulosas y los límites tradicionales flojos. Los roles de los nuevos profesionales de la salud no están determinados por las distintas disciplinas, sino por el contexto de la práctica. La profesión enfermera desaparecerá en tanto que profesión o disciplina, y el término "cuidados enfermeros" no describirá más que un conjunto de tareas. (Saint-Amour, Marie et al, (2004).
- C) **El modelo de "Co-opetition"** (Branderburger et Nalebuff 1996) citado por Gottlieb, define las relaciones profesionales como complementarias y concurrentes. El modelo parte de las nociones de cooperación y competencia. Según este modelo, todas las profesiones son iguales y cada una aporta una contribución específica y única. No obstante, cada profesión recorta sus funciones, competencias y roles de otras profesiones, lo que genera tensiones y un clima de competencia.

Gottlieb parte de la teoría de la evolución para justificar la bondad de este modelo, ya que la coexistencia de la complementariedad y de la competencia es un factor crítico en los procesos de supervivencia de todo organismo. No obstante, los organismos que "hacen su lugar" gracias a sus habilidades deben demostrar flexibilidad y unicidad para adaptarse a las condiciones cambiantes. Estos dos elementos caracterizan a la profesión. Si es capaz de demostrar (por las investigaciones realizadas) que puede ofrecer un servicio de calidad a un coste razonable, su rol será cada vez más importante.

1.3. Roles enfermeros

El peso tradicional es importante en detrimento de lo que representa el servicio ofrecido y prestado, así como su valor social y económico. Los intentos de profesionalización que se han esforzado para que se reconozca la profesión, se han referido sobre todo al reconocimiento de la enfermería definida por un rol, más que a la identificación del servicio profesional: los cuidados de enfermería, (Collière: 1982). Para Domínguez-Alcón (1989), la valoración del cuidar como trabajo o actividad en su sentido económico, está más en relación con la persona que realiza los cuidados

(enfermera) que con el producto o servicio que ofrece (los cuidados). Los actos enfermeros representan una ínfima parte de las variadas actividades de la función enfermera. En general coinciden con actividades delegadas (sobre todo de la profesión médica) más que propias.

Forrest (1988), investigó lo que cuidar significa para los profesionales de enfermería que practican la enfermería. De los resultados obtenidos se desprende que cuidar es sobre todo una experiencia mental y emocional que surge de sentimientos profundos por la experiencia del paciente/usuario. Al ser capaz de ponerse en lugar del paciente/usuario permite a la enfermera "poner al paciente/usuario primero" tanto en su mente como en sus acciones. Para las enfermeras de este estudio el arte de cuidar es sinónimo de enfermería y consecuentes con las tesis de Roach (1984) de que cuidar surge por un interés profundo por la humanidad, es decir, "cuidar a" es "preocuparse por", que por otra parte, es la principal tarea de la filosofía, desde las escuelas helenísticas, y que consiste en librar al hombre de sus preocupaciones (PIERRE HADOT: 1996). Cuidar en definitiva incluye como actividad humana subjetividad e intuición. Las investigaciones en este campo han de responder a la realidad de los fenómenos estudiados.

1.3.1. Tipos de rol

Con el pasado la principal función de las enfermeras era prestar cuidados y consuelo. Actualmente, la enfermería contemporánea requiere de la adquisición de conocimientos y habilidades para realizar la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, considerando a la persona como un ser biopsicosocial. En la literatura americana (USA), los profesionales de enfermería desempeñan diferentes tipos de roles:

Cuidadora: este rol es el que suele definirse como "*actuaciones maternas*" de la enfermera. La enfermera ayuda al paciente/usuario a recuperar la salud, pero esto implica no sólo conocimientos sino también sensibilidad. El objetivo principal de la enfermería en este papel es coincidir en la interpretación de lo que es importante y prestar el apoyo adecuado. La enfermera cubre las necesidades de cuidados del paciente/usuario desde un punto de vista holístico, incluyendo medidas para

restaurar el bienestar emocional, espiritual y social. La enfermería nunca puede reducirse a la mera técnica. El rol cuidador es fundamental en la mayoría de actividades de enfermería.

Comunicadora: la función comunicadora es fundamental para la enfermería. La enfermera se comunica con los paciente/usuarios y familias, enfermeras y profesionales sanitarios y la comunidad. La comunicación debe ser clara, concisa y de interés, para que los paciente/usuarios y familias puedan tomar decisiones, puedan protegerse de las amenazas a su bienestar, para coordinar y dirigir los cuidados al paciente/usuario, para ayudar al paciente/usuario en la rehabilitación y para ofrecer consuelo o educar. La comunicación es necesaria para satisfacer las necesidades del individuo, las familias y las comunidades.

Profesora / educadora: hay muchos factores que aumentan la necesidad de que las enfermeras realicen la educación sanitaria (aumento de enfermedades crónicas, incapacidades). Actualmente se insiste cada vez más en la promoción y el mantenimiento de la salud y no sólo en el tratamiento. La enfermera explica a los paciente/usuarios conceptos y hechos sobre la salud, promueve actividades de autocuidado, determina que el paciente/usuario lo entienda validando la información, refuerza el aprendizaje o la conducta y evalúa el progreso del paciente/usuario en el aprendizaje. Se emplean métodos docentes que combinan capacidades y necesidades, se incorporan recursos en los planes educativos.

Tomadora de decisiones clínicas: la enfermera emplea las actividades de pensamiento crítico durante el proceso enfermero para ofrecer unos cuidados efectivos, planifica la acción decidiendo el mejor planteamiento para cada paciente/usuario. Toma estas decisiones sola o en colaboración con el paciente/usuario y/o la familia y consultando con otros profesionales sanitarios.

Protectora y defensora del paciente/usuario: la enfermera ayuda a mantener un entorno seguro para el paciente/usuario y toma medidas para prevenir lesiones, protege al paciente/usuario de posibles efectos secundarios de las medidas diagnósticas y terapéuticas y protege los derechos humanos y legales del paciente/usuario.

Consejera: la enfermera ayuda al paciente/usuario a reconocer y tratar los problemas, mejorar la relación entre las personas y a fomentar el desarrollo individual. Ayuda a las personas para que adopten nuevas actitudes, sentimientos y comportamientos, facilitando que se conozcan otras posibilidades y se obtenga una sensación de control.

Rehabilitadora: la enfermera ayuda a recuperar el grado máximo de funcionamiento y a adaptarse a las situaciones lo mejor posible. Las actividades van encaminadas a la educación y a afrontar los cambios en el estilo de vida.

Confortadora/consoladora: rol tradicional e histórico. Los cuidados enfermeros deben dirigirse a la persona completa, ya que el consuelo y el apoyo emocional suele dar fuerza y mejora la recuperación. La enfermera puede ofrecer consuelo al demostrar al paciente/usuario como un individuo con sentimientos y necesidades y únicas.

Gestora de casos: la enfermera coordina las actividades de otros miembros del equipo sanitario.

Agente de cambio / vendedora de salud: la enfermera descubre un problema y ayuda al paciente/usuario a proponer, poner en práctica y mantener los cambios y modificaciones necesarios para favorecer su salud.

Líder: la enfermera anima al paciente/usuario a tomar decisiones para establecer y obtener objetivos que aumenten su bienestar. El liderazgo debe ser contemplado como algo dinámico que permite al paciente/usuario organizar y controlar sus cuidados.

Directora: la dirección tiene lugar en el ambiente propio de una organización. La enfermera dirige los cuidados de los individuos, grupos, familias y comunidades, delega actividades en sus subordinados y supervisa y evalúa su rendimiento.

Investigadora: la enfermera investigadora estudia los problemas para mejorar los cuidados enfermeros y para decidir y ampliar las habilidades prácticas.

Tabla 1.1. Tipos de Rol

-
- *Cuidadora*
 - *Comunicadora*
 - *Profesora / educadora*
 - *Tomadora de decisiones clínicas*
Protectora y defensora del paciente/usuario
 - *Consejera*
 - *Rehabilitadora:*
Confortadora/consoladora
Gestora de casos
Agente de cambio / vendedora de salud
 - *Líder.*
 - *Directora:*
 - *Investigadora*
-

Fuente: Elaboración propia a partir de las diferentes aportaciones de teóricas como Kozier et al., (1999); Potter & Perry (2000), etc.

1.4. Indicadores que ayudan a identificar los diferentes roles

La sociedad no es simplemente un conglomerado accidental y desordenado de seres humanos. Es un sistema estructurado en el que cada individuo ocupa una posición (estatus) definido. Se entiende por estatus social el puesto que cada individuo ocupa en la estructura social. Una misma persona ocupa diferentes estatus en función del contexto en que se relacione o del grupo desde el que se defina.

A cada estatus le corresponde un repertorio de pautas y normas de comportamiento que prescriben, a la persona que lo ocupa, cómo deberá actuar en cada situación y lo que los demás pueden razonablemente esperar que haga en virtud del lugar que ocupa. Llamamos papel (rol)¹, al conjunto de todas estas pautas de comportamiento asociadas a cada estatus. La importancia de los papeles sociales radica, no sólo en el grado en que regulan la conducta, sino también en el hecho de que permiten a los hombres predecir los actos de los demás, y determinar, por tanto, sus propios actos de acuerdo con aquellos. En consecuencia, las relaciones sociales existen entre los papeles desempeñados por los miembros de una sociedad.

¹ Teoría de los roles elaborada por el constructivismo social de autores como Peter Berger y Tomass Luckmann (1956): *La construcción social de la realidad*, ed. Buenos Aires, Amorrortu, 1986 pp.36-52.

El estatus se ocupa, los roles se desempeñan. Esta es la razón por la que algunos sociólogos asocian los estatus a los aspectos estáticos del sistema social, y los roles a los aspectos dinámicos. El rol aparece como representación institucionalizada y como cúmulo de conocimientos socialmente definidos. El rol se identifica por los comportamientos y las actitudes que se adoptan al interactuar con otras personas en situaciones específicas. Uno de los principales problemas al que nos enfrentamos las personas, es que en cada grupo del que formamos parte, requiere de nosotros que actuemos en diversos papeles (en la familia desempeñamos un rol, en el trabajo otro rol diferente, en la escuela, en la iglesia, en el equipo deportivo, en el grupo de amigos, en el club, en el partido político, etc.) y en ocasiones es difícil darse cuenta del papel que estamos desempeñando. Nuestro comportamiento debe variar de acuerdo al papel que estemos representando. Diferentes grupos imponen distintos requisitos de papeles y, consecuentemente, de comportamientos sobre los individuos.

Identificación con el Rol. - Ciertas actitudes y comportamientos reales consistentes con un papel son los que hacen la identificación con el Rol. Las personas tienen la habilidad de cambiar de roles rápidamente cuando reconocen que la situación y sus necesidades demandan cambios importantes.

Percepción del Rol. - La visión de la manera en que se supone que uno debe actuar en una situación determinada es una percepción del papel. Basados en una interpretación de la forma como creemos que debe ser nuestro comportamiento, desarrollamos ciertos tipos de conducta. Esta interpretación puede ser producto del aprendizaje a través de estímulos externos (observando a un experto, por los amigos, por los libros, películas, televisión, por lo que hacen personas a las que admiramos en un papel semejante, etc.)

Expectativas del Rol. - Se definen como expectativas del papel la manera como otras personas creen y esperan que debemos actuar en una situación determinada. Cuando las expectativas de un rol se concentran en categorías más generales a las que se consideran conductas típicas, hablamos de estereotipos.

Conflicto de Roles. - Cuando un individuo se ve confrontado por expectativas divergentes de papeles, el resultado es un conflicto de roles. El conflicto surge cuando una persona encuentra que el cumplimiento de un papel puede hacer más difícil el cumplimiento con otro.

1.4.1. El cine como medio de análisis para identificar los roles

Examinada la película de **Beautiful people**, la enfermera, al principio de la película se la ve ejerciendo el rol de *cuidadora* (cubriendo algunas necesidades) y *defensora* del paciente/usuario (manteniendo un entorno seguro). Hacia la mitad de la película, aparece como quisquillosa y cotilla, no respetando el secreto profesional y explicando las historias de los paciente/usuarios, *despreocupada* y *autoritaria* (Sra. Gamp). Casi al final de la película ejerce el rol de *consoladora* (atendiendo a los paciente/usuarios como individuos con sentimientos y necesidades) y como *consejera* (ayudando a esos paciente/usuarios a reaccionar adoptando nuevas actitudes, sentimientos y comportamientos).

El joven Griffin: se encuentra por las casualidades del destino en medio de la guerra de Bosnia, y reacciona adoptando el rol de cuidador mostrando actitudes y comportamientos que demuestran que le preocupa el bienestar de las personas. También actúa como defensor, adopta a un niño damnificado por la guerra cuidándolo y protegiéndolo. Portia: una doctora residente que ejerce el rol de *cuidadora* y acaba enamorándose del paciente/usuario. Doctor Mouldy: aunque tiene graves problemas personales actúa ejerciendo el rol de *consejero*, *asesorando* a una joven pareja, y ayudándoles a que tengan el hijo. Ejerce también el rol de *cuidador* prestándoles apoyo y ofreciéndoles su casa. **Johnny cogió su fusil**: Es una película americana poco comercial de la década de los años 50. Esta película plantea atemporales dilemas éticos como el de la eutanasia y nos confronta con cuestiones como los derechos humanos y los horrores y la inutilidad de las guerras. En esta película la enfermera aparece principalmente en el papel de cuidadora de un soldado víctima de las atrocidades de la guerra, según un médico militar que le hace un reconocimiento, el paciente/usuario tienen partes del cerebro dañadas por lo que el médico deduce (erróneamente) de que es incapaz de sentir emociones o dolor. A pesar de este diagnóstico, el soldado logra comprender su situación y sentir terror ante ella. Incapaz de comunicarse con el personal sanitario, es confinado en un cuarto oscuro por orden de los médicos, sólo la enfermera jefe, encargada de la planta del hospital, de avanzada edad, muestra *compasión* y *respeto* por el paciente/usuario que aunque no razone y sienta, tal como han diagnosticado los

médicos, se merece que le abran las ventanas y el tener sábanas limpias, es decir, unos cuidados iguales a los que reciben el resto de los ingresados.

Otra enfermera (que se encarga de cuidarle más adelante, empatiza con él y asume el rol de enfermera *defensora de los derechos del paciente/usuario* cuando éste trata de comunicarse mediante el código Morse utilizando los únicos movimientos que puede hacer, mover la cabeza. Ante esta situación, que un médico cree son espasmos, le suministra sedantes, la enfermera, no cree que sean espasmos por lo que se enfrenta al médico y decide *tomar la iniciativa* de ponerse en contacto con el cirujano jefe. La enfermera demuestra ser una persona profesional que se preocupa por el bienestar de su paciente/usuario y que intenta entender su comportamiento. En la película, también se muestra el cariño que la enfermera siente por el paciente/usuario, por el modo de tratarle, dándole incluso un beso en la frente o llorando por él. La petición del paciente/usuario es clara, es consciente de su situación y desea que le dejen morir. Ante la negativa de los médicos, la enfermera *toma la decisión* (difícil y polémica de ayudarle a morir, la intervención médica frustra sus planes y se ve cómo se retira apesadumbrada, no ha logrado lo que Johnny insistentemente le pedía).

Tres tipos de roles se pueden citar por orden de aparición:

1. La enfermera que *ayuda* en el diagnóstico y tratamiento médico; parece no mostrar interés por mantener el contacto emocional con el paciente/usuario; se limita a realizar de manera eficaz las curas que figuran en las órdenes médicas: drenajes, aspiración de secreciones (Modelo bastante similar a la anterior formación del Ayudante Técnico Sanitario en España, no así al desempeño en sus tareas).
2. La enfermera *cuidadora* cubriendo las necesidades de cuidado de Johnny (le pone cama nueva y la orienta hacia el sol), lo cual permite al paciente/usuario orientarse en cuanto día-noche. (Modelo más en consonancia con las aportaciones de Florence Nightingale; el ambiente es importante en la salud y recuperación, pero, lo más importante, no se vislumbra, la beneficiosa comunicación humana descrita por Florence).
3. *Protectora y defensora*, manteniendo un entorno seguro; *consoladora*, dando consuelo y apoyo emocional; *comunicadora*, observando a Johnny y ayudándole a comunicarse; *tomadora de decisiones*, llevando a cabo la eutanasia que

considera Johnny le está pidiendo a gritos: ayudarle a morir tal cual es su deseo. Referente al tema, son muy interesantes los resultados de la encuesta de la revista Metas 21 On-line (2004), ver Capítulo VI; de los ítems sometidos a votación, éstos demuestran: un 22% colaboraría en un caso de eutanasia legal, un 52% dependiendo del caso, el 10% no lo sabe, el 15% nunca y el 1% no contesta. La película, como podemos ver, nos sitúa en una realidad que no le es ajena a la enfermería.

Dentro del arte de cuidar, existen diferentes visiones del cuidar en función de la raíz teórica en la que se sustentan, éstas pueden ser de origen filosófico, psicológico, antropológico, etc., He aquí una muestra de estas tres primeras: Ver **Tabla 1.2**

Tabla 1.2. Perspectivas del Arte de Cuidar

PERSPECTIVAS DEL ARTE DE CUIDAR			
FILOSOFÍA	PSICOLOGÍA	ANTROPOLOGÍA	PROFESION
<ul style="list-style-type: none"> ✓ CUIDAR = FORMA HUMANA DE SER ✓ CUIDAR REQUIERE: •Capacidad de cuidar •Vocación, capacidad para uno mismo y para otro. •Capacidad de respuesta •Actualización de esta capacidad de respuesta •Manifestación de los cuidados en ACTOS concretos. <p style="text-align: center;">IDEA</p> <ul style="list-style-type: none"> •El deseo de cuidar es humano •La capacidad ha de ser reafirmada y actualizada. <p style="text-align: center;">CONDUCTA</p> <ul style="list-style-type: none"> •Compasión •Competencia •Confidencia •Conciencia •Compromiso 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ CUIDAR = ARTE Y CIENCIA ✓ CUIDAR REQUIERE: •Actitud •Juicio consciente que se manifiesta en ACTOS concretos. •Relación interpersonal <p style="text-align: center;">IDEA</p> <ul style="list-style-type: none"> •Ayudar a crecer <p style="text-align: center;">CONDUCTA</p> <ul style="list-style-type: none"> •Intención de ayuda •Valores •Compromiso 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ CUIDAR = ARTE HUMANO Y FENÓMENO UNIVERSAL ✓ CUIDAR REQUIERE: •Significado del cuidado •Naturaleza del cuidado •Expresión del cuidar <p style="text-align: center;">IDEA</p> <ul style="list-style-type: none"> •Sus patrones, procesos y expresiones varían en las diferentes culturas <p style="text-align: center;">CONDUCTA</p> <ul style="list-style-type: none"> •Actos de ayuda •Apoyo •Facilitación para mejorar una situación 	<ul style="list-style-type: none"> ✓CUIDAR = ARTE Y CIENCIA ✓CUIDAR REQUIERE: •Vocación •Actitud de ayuda •Competencia para suplir/ayudar a recuperar la Independencia/salud <p style="text-align: center;">IDEA</p> <ul style="list-style-type: none"> •La ayuda requiere de actividades que posibiliten al paciente/usuario recobrar su independencia /salud. <p style="text-align: center;">CONDUCTA</p> <ul style="list-style-type: none"> •Vocación/Ayudar •Destreza/Suplir •Ayuda al restablecimiento de la salud /independencia

Fuente: Elaboración propia, a partir de Forrest (1988)

Tabla 1.3. Planteamiento de la investigación

- ¿Qué avances se han dado en la práctica enfermera en el siglo XX que permitan detectar la profesionalización de las mismas?
 - ¿Qué cambios legales y reales han posibilitado un avance en el proceso de profesionalización de la enfermería actual?
 - ¿Qué nuevas tareas realizan las enfermeras que ayudan a aumentar, clarificar, identificar las actividades de cuidado?
 - ¿Son las tareas de enfermería actuales adecuadas para ayudar a solucionar las necesidades en materia de salud de la población en el siglo XXI?
 - ¿Acaso la indefinición de las fronteras profesionales en la sanidad tiende a incrementar la lucha por el espacio profesional por parte de los diferentes actores sanitarios y más concretamente de las enfermeras?
 - ¿Cuál ha de ser la futura formación de las enfermeras para no perder espacio profesional en las nuevas organizaciones sanitarias?
-

1.5. Justificación de por qué interesa la investigación

En la actualidad, Cuidados de enfermería los identificamos con cuidar a las personas, se centran en la actividad específica y propia de la enfermera que da respuesta a las necesidades de los ciudadanos en materia de salud, tanto cuando trabaja de forma individual como cuando lo hace formando parte del equipo de salud. Pero esta identificación de las actividades no siempre ha sido así; como toda ocupación que demanda un reconocimiento como profesión, ha estado sometida a los vaivenes de la historia.

La Sra. Arroyo, M.P. (1994), (Presidenta de la AEED en la conferencia inaugural de las XV sesiones de trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente (AEDD) manifestó que, en la actualidad, la enfermería vive momentos de certezas e incertidumbres. Certezas por los trabajos en curso tanto de aplicación inmediata a la práctica como pueden ser los planes de cuidados o los inicios en el campo de la investigación. Incertidumbres por la falta de indefinición de las tareas que le son de exclusiva competencia, aquellas que crean su espacio profesional. (falta proyecto de carrera profesional). Incertidumbre sobre su propia formación profesional (poco

adecuada a la realidad práctica), incertidumbre en su puesto de trabajo (cambio en los sistemas de contratación). Incertidumbres? Formación - práctica, parece ser la gran disfunción interna de la profesión.

Diferentes organizaciones dirigen sus esfuerzos para conseguir el reconocimiento profesional en todos los ámbitos: petición reiterada del 2º ciclo a la Universidad, Formación Continuada acorde a las necesidades de los nuevos organizaciones sanitarias (mercados), implantación de la carrera profesional (evaluación de competencias profesionales), reflexionar sobre las tendencias de futuro y las estrategias de adaptación profesional.

Las transformaciones de lo que podemos considerar sistema tecnológico, originan nuevos conocimientos y con ello nuevas profesiones. La fusión de disciplinas es la base de las futuras profesiones. Al igual que se habla del infobiólogo, disciplina que combina la biología y la informática, enfermería ha de identificar las tareas fundamentales para poder sumarse a los complejos procesos de toma de decisiones basados en la evidencia científica.

Las enfermedades crónico-degenerativas y el envejecimiento de la población encarecen el producto sanitario, por lo que la formación de la población para gestionar su enfermedad será la base de los nuevos sistemas de prestación sanitaria. Un mayor nivel y utilización de los sistemas de comunicación por parte de los paciente/usuarios, incrementa la necesidad de estar al día en publicaciones, bases de datos y cursos formativos para mejorar la seguridad en los propios conocimientos profesionales.

Esta tesis pretende investigar la evolución que ha hecho posible los avances en la práctica actual de las enfermeras. Estos avances están intrínsecamente ligados a la formación en nuevas competencias para afrontar los nuevos retos presentes y futuros.

Descriptores: enfermería, tareas, competencias, autonomía, evolución histórica, avance tareas profesionales, ideologías, políticas.

Capítulo II. Marco teórico

2.1. Antecedentes

Si nos atenemos a la literatura sobre Historia de la Enfermería en España, como bien dice Siles González (1996), la casi totalidad de las obras se extienden sobre la enfermería en general sin centrar su objeto de estudio en aspectos concretos de la misma. Esto refrenda lo expuesto por Collière (1982). La "Historia de la enfermería española e hispanoamericana" (Eseverri: 1984) aporta una clasificación de las atenciones desarrolladas por la enfermería, además de la tipología y características generales del sistema docente.

2.1.1. Introducción teórica del proceso de construcción de la profesión

(Domínguez- Alcón, 1986) destaca el componente ideológico como un factor clave a la hora de analizar el proceso de conformación profesional. Ya en 1979 hace un estudio de las ideologías a través de los textos de formación.

La sociología de las profesiones aborda el análisis del objeto de estudio desde dos perspectivas: la situacional y la evolutiva. La situacional nos plantea un estudio desde una perspectiva individual o colectiva: el profesional versus la profesión. Utiliza una metodología taxonómica al estilo weberiano de los "tipos o modelos" ideales. Esta tipología contribuye a la interpretación del proceso de profesionalización. La perspectiva evolutiva estudia las consecuencias internas -en el colectivo o en la organización- o externas -su repercusión social- del profesionalismo. Las consecuencias internas son aquellas derivadas del mismo ejercicio profesional. Las externas son producto de un determinado estatus o actividad profesional (Jovell: 1992).

Abbott (1986), (en Jovell 1992), clasifica los estudios de profesiones en cuatro categorías: funcional, estructuralista, monopolista y cultural. Cualquiera de éstas categorías es válida para un estudio de la enfermería, la línea evolucionista de los monopolistas nos describe el proceso de profesionalización dirigido por el deseo de alcanzar el dominio intelectual y la autoridad derivada del mismo con respecto a una determinada área de conocimientos (Larson, (1979). Proceso en el que está inmersa la enfermería.

2.2. Tendencias sociopolíticas de las profesiones: formación y tecnología.

2.2.1. Teoría de sistemas de Abbott

Entre los diferentes autores de la sociología de las profesiones, el trabajo de Abbott (1988) aborda el estudio de las profesiones desde el llamado sistema de profesión y su estructuración en jurisdicciones. Abbott (pág. 96) contempla la profesionalización como un proceso de creación de lo que denomina "jurisdicción" que en el caso de la Enfermería correspondió a Florence Nightingale el privilegio de identificar un área significativa de trabajo a desarrollar por las enfermeras, ponerla en práctica en la guerra de Crimea y finalmente trasladarla a los poderes civiles, creando escuelas, asociación y conocimientos que dieran contenido a las actividades de las enfermeras.

En la jurisdicción que Abbott denomina "sistema de profesiones" la actividad profesional tendría una triple función diferenciadora: la de clasificar un problema -o diagnóstico-, la de razonar entorno al mismo -o de inferencia- y la de solucionarlo -o de tratamiento. Esta triple función se perfila en el sistema de creación de Enfermería cuando ésta empezó a expandirse fuera de los hospitales hacia la atención de salud primaria, invadiendo la jurisdicción más preciada de los médicos.

El conocimiento especializado que faculta a los trabajadores un control sobre los contenidos se convierte en fuente de poder, ya que todo conocimiento califica y legitima la toma de decisiones en el área correspondiente. Determinar el conjunto de actividades que elevan el estatus de los miembros de la jurisdicción se convierte en un proceso de afirmación ideológica. La evolución de las profesiones se debe a los líderes que luchan por incorporar el conocimiento abstracto así como las técnicas que derivan del mismo en la práctica diaria. De ahí la necesidad de incorporar los modelos y las teorías de otras disciplinas para generar otras teorías y modelos de aplicación en la propia disciplina como son los Modelos de Enfermería la mayoría de autoras de los EEUU que permitan desarrollarse como profesión en la línea de las demás. Estos modelos permiten definir Diagnósticos de Enfermería y crear un monopolio de mercado mediante la estandarización del producto ofrecido (conocimiento científico y técnico sobre los problemas de salud), control sobre la provisión del mismo, exclusividad del

conocimiento y eliminación de posibles competidores del mercado, en el caso de las enfermeras, las auxiliares de enfermería y los técnicos sanitarios de tercer grado.

En el nº 1 (nov/dic.1997) de la revista auxiliares enfermería RAE el Sr. Romay Beccaría, Ministro de Sanidad del Gobierno del Partido Popular, en su salutación, comenta: *“Los cambios del Sistema Sanitario conllevan la aparición de nuevas profesiones y especialidades, así como la transformación de las ya existentes,[el Auxiliar de Enfermería es un profesional consolidado dentro del Sistema Sanitario, forman con los Diplomados el Equipo de Enfermería cuya esencia es cuidar, con un grado de responsabilidad distinto. La nueva formación con una especialidad en cuidados de enfermería amplía su campo laboral: cuidados básicos de salud, cuidados geriátricos, etc.]*. La Sra Arroyo, Presidenta de la AEED en la conferencia inaugural de las XV sesiones de trabajo de esta Asociación (1994), comenta: *“Los aspectos menos positivos con los que se encuentra nuestra profesión, radican en la modificación de las competencias de los FP2 (Técnicos profesionales de segundo grado) de la rama sanitaria y de los Auxiliares de Enfermería, como consecuencia del desarrollo de la Ley de Ordenación General del sistema Educativo (LOGSE). En los proyectos que el Ministerio de Educación y Ciencia ha elaborado, se asigna a las citadas figuras sanitarias una serie de competencias que son exclusivas del profesional de Enfermería, lo que puede provocar un fuerte conflicto de competencias de consecuencias imprevisibles”*.... en síntesis, lo que pretende la Sra Arroyo, es identificar la amenaza que significa para las Escuelas Universitarias de Enfermería el hecho de que otros trabajadores de la sanidad, digámoslo claramente, más baratos, tanto en su proceso de formación como posteriormente en su retribución laboral, ofrezcan servicios similares a los que ofrecerán los futuros enfermeros que se forman en la Universidad; la respuesta a la pregunta *¿Cuántas enfermeras harán falta formar para supervisar, como dice el proyecto formativo de los auxiliares de enfermería?*, es clara, evidentemente muy pocos.

Hablando de funciones, en un programa de radio al que fui invitada como Asociación, y en el que, entre otros contertulios, estaba la representante de un colectivo de auxiliares de Enfermería. El resumen de su intervención se concretó en: *“lo que quieren tener son nuestras funciones, no realizar nuestras tareas”*; me llevó a pensar en lo que en 1991 dijo la AEED en su documento básico sobre el sistema del personal de enfermería: *“No*

podemos consentir que la Enfermería se menoscabe ni de su ambiente, es decir en sí misma, ni en su medio, allí donde actúa, y por ello hay que intensificar todas las acciones que contribuyan a asegurar nuestro lugar en el sistema sanitario, sin olvidar, tampoco, el sistema educativo".

2.3. Teorías del conocimiento experto

Para Freidson (1986), "conocer es poder" y el profesionalismo se da cuando se vincula el estatus social al poder derivado del dominio de un área de conocimiento formal que se hace imprescindible para la sociedad. Para Freidson, la creación del conocimiento científico es uno de los principales elementos de diferenciación entre las profesiones y las ocupaciones. En el caso de la profesión de enfermería, la investigación en Enfermería igual que para el resto de las formaciones universitarias, tiene como propósito buscar solución a los problemas de enfermería utilizando la metodología científica para la creación de conocimiento de la profesión. Imprescindible para el avance en el conocimiento de las ciencias de enfermería. La investigación básica es aquella que busca nuevos conocimientos para desarrollar nuevas teorías. La investigación aplicada busca soluciones a problemas de la práctica de enfermería y sus hallazgos, a diferencia de la básica, pueden aplicarse a la práctica inmediata. De la literatura revisada, la mayoría de las investigaciones pertenecen a la investigación aplicada.

Son, sobre todo, las escuelas australianas, norteamericanas e inglesas (el área anglófila) las que más han investigado a tenor de las publicaciones sobre el tema, tanto en lo que hace referencia a cuidar desde una perspectiva epistemológica como a todo lo relacionado con el arte y la ciencia de cuidar y su enseñanza (si es que existe lo que en la actualidad se denomina la ciencia del cuidado).

Del por qué de esta situación quizás nos ayude a comprenderla las siguientes aportaciones:

Moore, Rey y Rollins (1997), en su introducción del por qué es necesario un cambio de modelo en las organizaciones sanitarias, nos plantean que tal vez la diferencia entre el mundo anglosajón y el latino estriba en que el primero, gracias a la concentración de capitales y a una cultura tradicionalmente más orientada hacia la técnica ha ido más

lejos en materia de experimentación de modelos en áreas y centros sanitarios; y que en los países latinos, ha existido un mayor conservadurismo a la hora de adoptar innovaciones tecnológicas que probablemente viene determinado por la mayor orientación de su cultura hacia el humanismo.

Manglay-Manglacas (1992: pp.267-270) nos sugiere que una de las diferencias en el quehacer de los profesionales de los países más desarrollados respecto a los menos, es que los menos desarrollados, saben cómo hacer las cosas y los más desarrollados porqué se hacen. Ya Benner (1987: 63) comenta que para muchas enfermeras el saber cómo hacer las cosas, las lleva a no saber en ocasiones justificarlo teóricamente.

Tradicionalmente, las enfermeras han participado en las investigaciones médicas recogiendo datos; en la actualidad, llama la atención la inmensa lista de artículos sobre los profesores de enfermería y su implicación, motivación, formación, etc., parece querer hallar la piedra filosofal de por qué fracasan o tienen la sensación de fracaso en la construcción del conocimiento enfermero y su categoría como ciencia. Parecería que las dificultades de crear una ciencia en cuidados estribara más en la inoperancia o dificultad de los profesores que a la dificultad de crear un cuerpo de conocimientos propio a partir de un esquema de ciencia experimental de diseño, es decir, a partir de áreas de conocimientos afines a la profesión crear un discurso vertebrador que dé entidad (marco conceptual) e identidad (reconocimiento social por su quehacer) en el sentido matemático a la disciplina enfermera. Si esto es así en cuanto a la mayoría de las publicaciones extranjeras reseñadas, poco cabe decir de las españolas donde el índice de publicación profesional sobre esta área es anodino en comparación con los artículos sobre técnicas y su implementación que es el grueso de lo que realmente se publica.

A este respecto, es interesante hacer mención de las prioridades en investigación elaborados por una comisión a instancia del FISS en 1990 y el trabajo de tesina de Pulpón e Icart (1995), sobre las prioridades catalanas y las publicaciones (educación para la salud, salud mental, generación de indicadores, técnicas de cuidados, gestión, formación, estrategias de desarrollo, envejecer en salud, etc.). En este sentido se hace necesario mencionar a los que consideran que incluso aquellos profesionales que han

teorizado y formulado modelos de actuación profesional están fuera del circuito de la ciencia entendida ésta desde un punto de vista neoclásico.

Si nos atenemos a la revisión hecha de las revistas profesionales de enfermería españolas, concretamente *ROL* y *Enfermería Clínica*, nos encontramos que los investigadores que han trabajado sobre el concepto de cuidar mayoritariamente no se dedican a la profesión, pero sí al área de sociología de la salud (Domínguez-Alcón (1986)(1989); Comelles (1992) y (Canals J., (1985).

Alberdi (1988) hace una aproximación al tema desde su visión de cuál es el rol profesional, pero sin clarificar si realmente coincide con las expectativas u opiniones del resto del colectivo.

Otros profesionales que desde la propia disciplina han teorizado al respecto, son: Pilar Arcas Ruiz (1990) que define las prioridades y estrategias para investigar. De los diferentes estudios de investigación sobre qué investigan las enfermeras, el resultado del análisis de estas investigaciones podría sugerir, según Torra i Bou (1995), que la Enfermería es una disciplina que va construyendo su cuerpo de conocimientos propio en base a la interpretación de la realidad que la rodea. El análisis de las tareas, su evolución, nos orientará sobre las competencias presentes y la capacidad del colectivo para afrontar los retos del siglo XXI. Otros teóricos analizan los planes de estudios: Hermoso de Mendoza (1995). En otros, el perfil demandado por las empresas: López Izuel et Alt. (1992); en otros su aproximación al tema es desde una perspectiva de clarificación epistemológica: Siles González J. (1997); Siles J., (1996); Siles J. García E.,(1995); Fernández y Siles (1992); Medina y Sandin (1994); Medina JL, Sandin M^aP.,(1995), sin que hasta la fecha se haya clarificado si realmente cuidar es una profesión, si formamos en el cuidado y si lo que hacen las enfermeras es cuidar o ayudar a cuidar según el concepto de Hadot.

Y finalmente desde la vertiente docente, todas las investigaciones halladas nos hablan del aprendizaje de enfermería pero tocando tangencialmente el concepto de cuidar y el proceso formativo en cuidados (Zapico et Alt.1997); Rosas Cervantes y Fernández Junco (1992); Pedreny et Alt. (1986); Rodríguez Vera (1991); Úbeda et Alt. (1993).

Ninguna de las publicaciones, hasta la fecha, cuestiona si formamos para cuidar, todas dan por supuesto que sí, tanto las que han indagado desde una perspectiva de mejora docente como desde un plano teórico.

Domínguez-Alcón (1979 en Reis 8:103-129), comenta: *“el buen cuidado de la salud requiere profesionales bien formados y competentes, que cada uno desde su área de trabajo, y en una labor interdisciplinar, se interesen por un área común al servicio de la comunidad. Y ni siquiera una excelente formación es sinónimo de una buena realización de la labor encomendable”*.

Para abordar la formación de las enfermeras es preciso estudiar los planes de estudios con sus correspondientes evoluciones históricas y análisis de la situación actual, para entender la situación y sus problemas. El Plan de estudio de partida del Real Decreto (RD) 89 2128/77 editado el día 22-8-77 establece las bases para la integración en la universidad de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS) como Escuelas Universitarias de Enfermería; en él, quedan establecidas las características funcionales de las futuras Escuelas Universitarias de Enfermería. Con fecha 26-11-77 aparece publicado en el Boletín Oficial del estado (BOE) la Orden Ministerial del 31-10-77 donde se establece que los planes de estudios de las enseñanzas que se impartan en las Escuelas serán elaborados por las propias Universidades de acuerdo con las directrices del Ministerio de Educación y Ciencia. Con fecha de 2-1-96 aparece publicado en el BOE la modificación del plan de estudios homologado por RD. 1267/1994 y aprobado por el Consejo de Universidades con fecha 24-7-96 para ser publicado en el BOE que viene a modificar el plan vigente R.15-2-93 BOE 5-4-93.

Los contenidos del plan de estudios se vinculan a 5 áreas de conocimientos: Ciencias básicas, Ciencias Médicas, Ciencias de Enfermería, Ciencias de la Conducta y Salud Pública que abarcan una carga lectiva global de 225 créditos (Universidad Autónoma de Barcelona, de los cuales 151 son teóricos con un total de 1510 horas, cada crédito equivalen a 10 horas y 74 créditos prácticos con un equivalente de 40 horas por crédito, siendo el total de horas de que consta el presente plan de estudios de 4470 horas que se ajustan a las directrices de la Comunidad Económica Europea.

Las directrices generales del plan de estudios 1466/1990 conducentes a la obtención del título oficial de Diplomado en Enfermería en su disposición primera parágrafo c) establece que las enseñanzas conducentes a la obtención del título han de proporcionar, de forma literal: *"Una experiencia clínica adecuada, ésta, que conviene elegir por su valor formativo deberá adquirirse bajo el control personal de enfermería cualificado, y en los lugares donde la importancia del personal cualificado y los equipos sean los apropiados para los cuidados de enfermería que haya de dispensar al paciente/usuario"*. (BOE 1466/1990 de 26 de octubre)

Las Escuelas Universitarias de Enfermería para conseguir cumplir este objetivo establecen un plan estratégico y formativo con las diferentes instituciones hospitalarias y Centros de Atención Primaria la mayoría pertenecientes a la red pública Instituto Nacional de la Salud (INSALUD, ICS, etc.). Los dos planes de estudios revisados pertenecen a la Escuela Universitaria de Enfermería de Barcelona (UB) y la de la Vall d'Hebron adscrita a la Universidad Autónoma de Barcelona, el criterio de selección es porque las dos son de titularidad pública. Revisados los planes de estudios de ambas Escuelas cabe destacar como objetivos prioritarios el formar a los futuros profesionales de enfermería adaptados a las necesidades del país, potenciar la investigación en los cuidados de enfermería, potenciar el desarrollo profesional de las enfermeras en los aspectos científicos, técnicos y humanos desde una visión integral de la persona y de la sociedad y contribuir a mejorar la asistencia sanitaria organizando cursos de formación permanente y diplomaturas de postgrado.

Las limitaciones de esta revisión vienen determinadas en que sólo se han analizado los descriptores de las asignaturas. Creer que éstos son representativos de los programas de las asignaturas sería una equivocación. Además, la revisión es descriptiva y no puede ahondar más en el corazón de las materias, sin embargo, he podido apreciar las posibilidades (nos permite valorar y evaluar más objetivamente los objetivos, contenidos y estrategias formativas) y a la vez las dificultades (en varios de los apartados que reseño a continuación por la dificultad de acceder a los documentos) de hacer comparaciones de currículos de enfermería. Por todo ello, se podría plantear un estudio de comparaciones más rigurosas.

Capítulo III. Metodología

En este capítulo se van a desarrollar los objetivos principales de estudio, metodología y diseño del trabajo de campo para tratar de verificar las hipótesis

3.1. Objetivo general

Este estudio, orientado en el análisis sociológico de los procesos de profesionalización, pretende analizar los avances legales y reales en la práctica de las enfermeras mediante el *análisis de las tareas, la visión que tienen los profesionales y las élites de la profesión* y finalmente analizar si existen *estrategias de futuro* pertinentes a las nuevas tendencias que nos permitan seguir avanzando en un nuevo enfoque de la profesión.

Otros propósitos serán averiguar si estos cambios han influido en las relaciones contractuales, en las relaciones con otras profesiones afines y en los productos enfermeros.

3.2. Objetivos específicos

1. Estudio del proceso de construcción de la profesión de enfermería.
2. Análisis de los cambios en los contenidos curriculares de los estudios enfermeros.
3. Aproximación a la frontera jurisdiccional actual de tareas y funciones de la profesión de enfermería con respecto a las competencias de las auxiliares de enfermería según la aproximación teórica de Andrew Abbott. Pérdidas y ganancias de estas tareas en el ámbito laboral. Investigar en los documentos legales cuales son las competencias profesionales. Analizar el grado de cumplimiento de las competencias profesionales. Analizar si las enfermeras han desarrollado nuevas habilidades técnicas. Analizar si existen diferencias en las tareas de las enfermeras que son universitarias y las que no lo son.
4. Estudio de las actitudes ante los nuevos retos profesionales.
5. Analizar si la relación de las enfermeras universitarias con el resto de los profesionales del equipo es diferente a la de las enfermeras que no son universitarias.

6. Analizar el uso que de las tareas desarrolladas por los auxiliares de enfermería hacen las enfermeras tanto universitarias como las que no lo son.
7. Comparar las competencias profesionales de otras disciplinas afines.
8. Analizar si los avances en la profesión de enfermería se reflejan en los objetivos de los diferentes contratadores de sus servicios.
9. Analizar si los trabajos científicos publicados reflejan los problemas y las tareas profesionales.

3.3. Hipótesis

El avance profesional (profesionalización, autonomía en toma de decisiones, tareas) es resultado de los avances formativos. Es decir, el monopolio jurisdiccional procede del monopolio formativo.

Variable dependiente:

Profesionalización, medida por:

- Aumento de las Competencias, Tareas, Autonomía, Control en la toma de decisiones, y Jurisdicción.

Variable independiente:

La formación medida por:

- los cambios en el currículum de la carrera, las asignaturas que imparten las enfermeras, los años de profesionalización, y el tipo de discurso.

Dimensiones: Ver **Tabla 3.1**

Tabla 3.1 Indicadores de estudio:

Variable dependiente: Profesionalización medido por:	
Competencias	Utilización de conocimientos en: la promoción, mantenimiento, recuperación de la salud, y, preparación ante la muerte. Habilidades: Percepción de la profesión. Percepción de cuidar. Capacidad de cambio: 1. del sistema sanitario 2. sistema jerárquico 3. categorías Capacidad de buscar ayuda: interna y externa Buen juicio: Conocimiento legal terapias aplicadas. Validación de instrumentos.
Tareas	Tipo de práctica terapéutica/ Tipo de tareas: - ayuda/suporte físico- ayuda emocional - educación sanitaria Otras tareas: - ayuda diagnóstico y tratamiento médico. administrativas- otras actividades Tareas concretas: de gestión, docencia, investigación.
Autonomía: Recursos	Facultades donde ha estudiado: Diplomas, Master Formación continuada. Colegio y Sindicatos.
Reconocimiento	Percepción de qué es ser enfermera Percepción del médico. Percepción de la auxiliar de enfermería. Economía: - seguridad empleo - ingresos Acceso a la información de la empresa Grado de relación con grupos externos de la empresa. Valor de los diplomas en el baremo laboral. Premios laborales.
Códigos	Premios académicos. Pertenencia a grupos de élite profesional.
Cultura	Deontológico Integración en las normas: - trabajo en equipo. Compromiso con la empresa. Valores compartidos con resto profesionales Objetivos compartidos: - profesionales - laborales. Finalidad de su trabajo: control en la toma de decisiones.
Jurisdicción	Prácticas profesionales: ámbitos de trabajo
Variable independiente: Formación	
Currículum	Diplomas, títulos, especialidades impartidos por enfermeras. Currículum: Cursos, suscripciones, Publicaciones: problemas clínicos enfermeros Evaluación de terapéuticas Pertenencia organizaciones.
Jurisdicción	Experiencia profesional: Años de profesionalización Presupuestos y valores de la profesión: Tipos de discurso

Elaboración propia.

3.3.1. Diseño de la investigación

Personas y método

Es una muestra ilustrativa estructurada aunque no aleatoria y no probabilística; y que intenta ser representativa de:

- Nuevas orientaciones en los cuidados
- Ámbitos de actuación: Centro Atención Primaria I (Médico de familia y pediatra) genéricamente denominados ABS y CAP II (especialidades) genéricamente (CAP), Hospitales (públicos y privados), Centros de larga estancia, Programa de Atención a la Dona (PAD), Dirección Atención Primaria (DAP), etc.
- Territorios: regiones sanitarias de trabajo: Barcelona, Girona, Lleida y Tarragona.

Para ello, se escogen por el sistema de bola de nieve/ sistema intencional enfermeras para cada uno de los ámbitos y características buscadas. Se inicia con 20 enfermeras y éstas siguen la cadena a sus respectivas conocidas que reunieran las características buscadas.

3.3.2. Justificación de la muestra

En fecha 28 de noviembre de 2003 y en 15 de mayo de 2004, previa petición telefónica, envío por escrito y vía Fax la petición de los datos que preciso respecto a la población de enfermeras de Catalunya al Consejo General de Enfermería de España, concretamente al Sr. Añó Sanz, Secretario General del Consejo General que según me indican se ocupa de estos asuntos, sin que se me haya remitido ningún dato, conformidad, etc., hasta la fecha. Esta petición al Consejo Nacional (Madrid) vino motivada por la falta de datos del Consejo de Enfermeras de Catalunya y del Colegio de Enfermeras de Barcelona, comunicado vía telefónica por la Srta. Cristina Martínez, responsable del área de investigación de la nueva Junta del Colegio elegida en octubre del 2002; ésta me informa que se ha encargado un estudio al Departamento de Sociología de la Universidad de Barcelona, concretamente al Doctor Josep Rodríguez (en julio de 2003) y que probablemente

los datos no podrían estar a disposición hasta el 2004, concretamente el día 30 de junio de 2004 se publican los primeros resultados de la encuesta.

A pesar de las dificultades, la muestra es importante porque, a pesar del aparentemente escaso número de enfermeras (183) el cuestionario ha sido contestado en casi todas las áreas sanitarias de Catalunya a las que he tenido acceso, tanto de atención primaria, hospitalaria, como liberal y en paro.

3.3.3. Delimitación de las unidades de análisis

Ámbito de estudio: la comunidad autónoma de Catalunya dentro del territorio español.

Población objeto de estudio: Enfermeras

En principio había basado la investigación con una muestra de 160. La muestra la calculé a partir de 160 enfermeras, ya que la estadística nos proporciona pruebas fiables no paramétricas con una $N < 30$. Se preveía un 20% de pérdidas en el estudio.

Criterios de inclusión: enfermeras que empezaron a trabajar en 1950 y han hecho la convalidación del título de ATS por el de Diplomado en Enfermería, y están en activo. Enfermeras que lleven trabajando más de un año y estén en activo por la experiencia adquirida en el mundo laboral. Enfermeras que desempeñan un cargo en Universidad, Asociaciones, etc., las consideradas líderes. Élites y gestores.

Criterios de exclusión: enfermeras con menos de un año de trabajo como tal.

Instrumentos de observación: dos tipos de cuestionarios enviados por e-mail a 20 enfermeras conocidas que a su vez enviaron al resto.

Fuentes documentales: datos estadísticos recopilados. Documentos literarios. Revistas españolas desde el año 1997. Revistas Canadá, EEUU a partir de 1997.

Análisis de datos: análisis estructural del aumento de la profesionalización midiendo las nuevas competencias, tareas, jurisdicciones, y capacidad de tomar decisiones que me

permitan analizar los nuevos discursos y la transformación del currículum y cómo se ha llevado a cabo.

Estudio: cualitativo.

Duración: un año (2004).

Capítulo IV. Proceso educativo de la Profesión de Enfermería

La historia de los cuidados se remonta a la noche de los tiempos (Collière 1982). Una visión panorámica sobre los primeros hombres y mujeres nos conduce a reflexionar sobre su capacidad de adaptación al medio. Sus pensamientos por tanto, nos pueden parecer simples desde nuestra perspectiva actual, pero de lo que no hay duda para los científicos sociales es que sus pensamientos ya eran muy complejos. Personificaban todo lo que veían en la naturaleza y creían que los fenómenos de la misma eran sus mayores misterios. Desarrollaron ritos místicos para el tratamiento de la enfermedad y conservación de la salud. Estas prácticas junto con la conexión íntima y universal de religión y medicina, dieron lugar a creencias lógicas que impregnaron a la mayoría de las civilizaciones.

La lucha contra la enfermedad debe haber comenzado con el hombre (hace alrededor de 500.000 años). La practicaron todos los pueblos y razas, siendo el comienzo, como el de toda la medicina, instintiva y empírica. Todo se atribuye a la naturaleza y se aprende a curar por intermedio de ella (uso del agua, hierbas, sol, etc.). La cura de las enfermedades era mágica, por eso era realizada por sacerdotes, hechiceros o curanderos. La enfermedad y su curación era siempre considerada sobrenatural.

4.1. Antecedentes históricos de la profesión

La Historia de la Enfermería va ligada a la Historia de la Humanidad y a la Historia de la Profesión Médica, y a sus creencias respecto a las enfermedades y sus causas; para entender la evolución de los cuidados de enfermería, se ha de explicar los avances científico - técnicos de las diferentes etapas históricas y las prácticas que los diferentes actores desempeñaron, sus relaciones, lugares donde llevaban a cabo sus prácticas, a quién iban dirigidas, qué tipo de actividad realizaban y sus características.

En todas las épocas históricas han existido mujeres y hombres que han velado por los guerreros heridos, asistido a las mujeres parturientas, atendido a los más desprotegidos o velado por la salud de los niños y de los ancianos paciente/usuarios. Eso es una realidad que la Historia de la Enfermería no ignora. Sin embargo, no es menos cierto que desde sus orígenes las prácticas quirúrgicas y

especialidades terapéuticas en manos masculinas siempre han gozado de un enorme reconocimiento social, mientras que las prácticas asistenciales y las tareas de cuidado que tienen a las mujeres como sus principales protagonistas caen con frecuencia en el olvido y el silencio.

Los textos de Aristóteles (384-322) se enmarcan, pues, en este clima intelectual de indiferencia generalizada hacia la realidad femenina. Sus tratados de filosofía práctica (*Política* o *Ética a Nicomáco*) y de biología (*Reproducción de los animales* o *Historia de los animales*) no sólo insisten en la inferioridad sustancial de las mujeres, sino que tratan de sistematizar y racionalizar las imperfecciones de la naturaleza femenina. ¿Cómo? A través de un análisis de la administración doméstica, de un detallado estudio de la constitución biológica de ambos géneros, del rol de cada uno de ellos en la reproducción y de una valoración psicológica de sus respectivas conductas; la humanidad le debe a Aristóteles la fundación de la ciencia de la biología como el estudio de la anatomía comparada. Hipócrates puso los fundamentos de la medicina científica, Sócrates y Platón los de la filosofía y el gobierno político.

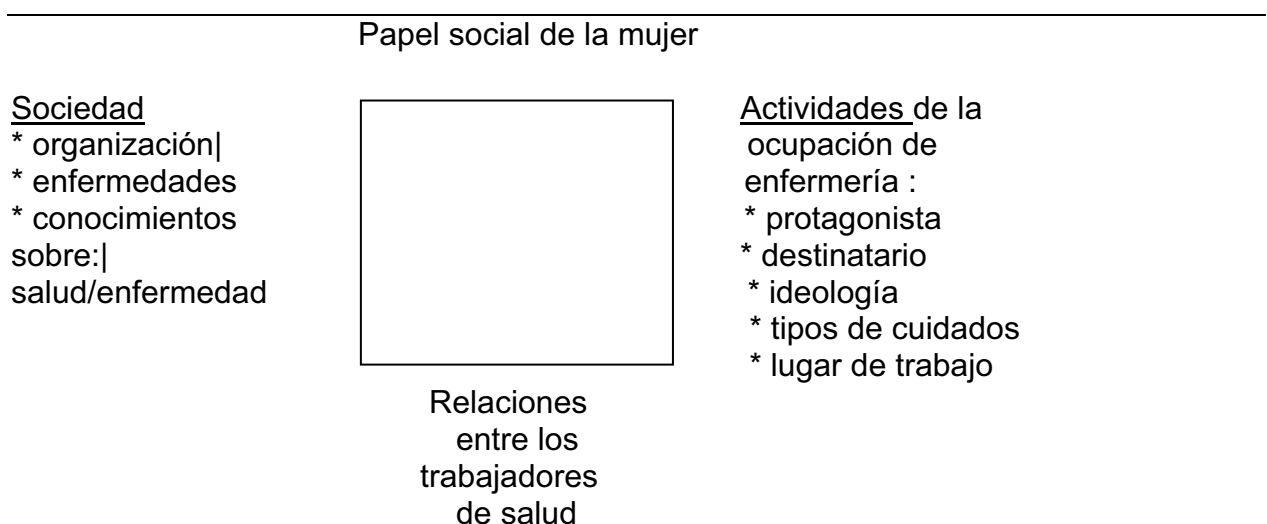
“Desde la distancia histórica que media entre nosotros y la Grecia clásica ya no interesa tanto averiguar ‘para qué’ o ‘en función de qué’ se establecen las diferencias que hemos apuntado, sino preguntarse ‘para quién’ o ‘para quiénes’ resultan significativas. Se trata, preferentemente, de saber cómo se perciben, justifican y legitiman esas diferencias y actividades antes que enumerarlas. Con ello, damos paso a un análisis de las relaciones existentes entre discurso, poder y género. Esta nueva perspectiva genealógica del pasado nos permite romper con la creencia en identidades, ora masculinas ora femeninas, preexistentes y universales; asimismo pone de manifiesto los procesos de construcción histórica y la variabilidad cultural del significado que alimentan a esas mismas identidades. En este punto resultan imprescindibles las investigaciones de Foucault en torno al binomio saber/poder, a la capilaridad del discurso, a la biopolítica o a los mecanismos de producción, control y distribución del discurso que silencia a los grupos marginales (llámense locos, homosexuales, paciente/usuarios, reclusos o mujeres)” Foucault: 1989: pp 59.²

² Para más información, ver Revista Rol, volumen.26,nº2,febrero (Zapico y Adrián 2003:24).

El papel de la mujer está en relación con la práctica de la alimentación, como necesidad básica para la supervivencia (Maslow, A.: 1970) Sería una actitud de cuidar preconsciente. Entendiendo por preconsciente el conjunto de procesos psíquicos latentes susceptibles de pasar a conscientes. La denominación de las personas encargadas de proporcionar cuidados ha ido evolucionando a lo largo de la historia, ya que tiene que ver con el contexto y época donde se desarrollaron las prácticas (hospitales, leproserías, órdenes militares, órdenes religiosas, órdenes laicas, y ámbitos domésticos).

Los factores a tener en cuenta a la hora de analizar la evolución de la ocupación de la mujer enfermera se ven mejor en el siguiente gráfico: **4.1**

Gráfico 4.1. Factores que hay que analizar a la hora de describir la evolución de la ocupación



Fuente: Elaboración propia a partir de las aportaciones de Rosette Poletti (1998)

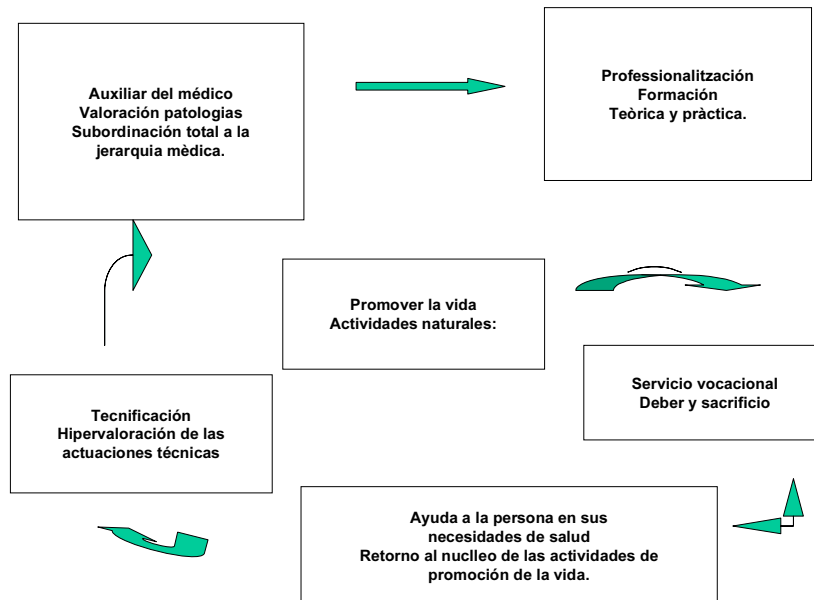
La mujer³ ha sido la responsable de alimentarlos, lavarlos, educarlos, ha estado en relación con todo lo que pertenece al cuerpo: ayudar a parir, cuidar niños, cuidar a los paciente/usuarios, cuidar a los ancianos, y cuidar los ritos funerarios; es además, la que recolecta las plantas, conoce sus cualidades y el arte de la cocina. -libre

³ "la historia de los cuidados, se remonta a la historia de los tiempos, e identifica su práctica con la mujer, las actividades de cuidado están relacionadas con las de la procreación, es decir, asegurar la supervivencia". (Collière: 1982).

interpretación-. Hechos que nos remiten al acto de cuidar, su evolución y orientaciones: Ver Gráfico 4.2

Gráfico 4.2

Espiral de la enfermería a través de los tiempos



Fuente: Elaboración propia a partir de las aportaciones de M^a François Collière (1982)

Para emprender este breve recorrido de una larga evolución, utilizaré documentos clasificados según contenidos (por ser el más usual en esta disciplina) en: *Fuentes primarias*: tesis doctorales, libros, artículos, revistas, actas de congresos, periódicos, memorias. *Fuentes secundarias*: publicación de abstracts, estados de la cuestión, resúmenes de libros en revistas. *Fuentes terciarias*: diccionarios, enciclopedias.

4.1.1. La Prehistoria

El mundo occidental deriva de las primeras civilizaciones asentadas en los fértiles valles del área oriental del Mediterráneo y de las tierras que llegan al río Indo. Estos pueblos orientales, desarrollaron potentes y organizadas culturas antes de la inflexión que supuso el nacimiento de Cristo para el mundo occidental.

Las primeras nociones prácticas de la cirugía según las fuentes documentales consultadas nos sugieren que también éstas fueron influidas por los conceptos demoníacos y animistas que imperaban en la medicina. Por los primeros se achacaba a los "demonios" el origen de las enfermedades y por los segundos se llegaba a la adoración de los seres o fenómenos de la naturaleza, a los que se les atribuía actividad voluntaria para desatar males y epidemias. Así es posible que las trepanaciones observadas en los cráneos neolíticos (3-2.000 a.C.) hayan sido efectuadas más que con criterio quirúrgico (epilepsia, locura), para dar salida a los "demonios". La trepanación constituiría, pues, la primera operación quirúrgica realizada por el hombre. De este periodo han quedado testimonios del tratamiento de fracturas (por entablillado), amputaciones de miembros, posiblemente por mordeduras de serpientes o gangrenas, amputaciones de dedos.

Los verdaderos orígenes de la cirugía debemos buscarlos en los grandes núcleos civilizados de la antigüedad, que se desarrollaron siempre en los valles y siguiendo los ríos, siendo la razón, aparte de la mayor fertilidad del suelo, el intenso frío que azotaba al mundo de esa época. De ahí que la civilización egipcia se desarrollara a orillas del Nilo, la mesopotámica a orillas del Tigris y del Éufrates y las demás sobre las protegidas costas del Mediterráneo.

Si nos atenemos a los datos, la historia nos remite a los hombres que curan mediante la cirugía (el remedio de las causas reales) y la medicina interna (aquello que no se ve) que José Siles (1999) denomina "*empíricas y sobrenaturales*", es decir, sería el medio de estudio que permite saber y entender la eidología y la estequiología (*forma y función* en términos Hipocráticos). Los cuidados de la familia recaían en la esposa y en general en las mujeres. Por tanto vemos que desde la época homérica, aparecen los hombres encargados de curar las heridas en las

guerras *La Iliada* (Homero 750 a.C.) y *Peloponeso* (Tucídides 431-404 a.C.), Los médicos a partir del siglo V a.C. (Hipócrates 460 a.C.) el padre de la medicina naturalista que intenta explicar las causas y remedios de *aquello que no se ve* y las sanadoras (mujeres sabias que aplicaron los remedios que durante milenios ayudaron a la supervivencia).

4.1.2. Grandes culturas

En Egipto, en el año 3000 a.C. aparece el primer libro conocido de medicina, el Papiro de Ebers nombre del descubridor, papiro de 110 páginas, puede catalogarse como una enciclopedia de medicina que practicaba la dinastía XVIII, contiene prescripciones para todo tipo de enfermedades, algunas adaptadas de la sabiduría médica Siria y otras que se atribuyen a épocas mitológicas (Edward: 1982; Pág. 219, en Collière 1985, pp: 39); en la misma página y sucesivas, Collière comenta que Towler y Bramall (1997) explican que entre algunos de estos papiros del antiguo Egipto que se conservan en la Biblioteca Universitaria de Leipzig se encuentra el de Ebers, fechado antes de 1550 a.C. y posiblemente de una época tan anterior como el año 1900 a.C.: "*Cinco columnas de este papiro tratan de obstetricia y ginecología. Las reglas y prescripciones obstétricas se refieren a la aceleración del parto (...) y al pronóstico del recién nacido en el momento del nacimiento, que depende de la naturaleza de su primer llanto y del modo en que sustentaba la cabeza.*"

Existen más papiros que representan a **las comadronas** en plena actuación, de esto, se desprende que las comadronas gozaron de un estatus similar a los médicos los cuales no aparecen en ninguna escena atendiendo partos, era cosa de mujeres; las diosas relacionadas obviamente eran femeninas. Hacia el 2.500 a.C. ya se hacen observaciones sobre cirugía y tratamientos quirúrgicos.

En Mesopotamia bajo el soberano Hammurabi (2.000 a.C.) se escribe el código que lleva su nombre donde se regulan todas las circunstancias de la vida y, además, especifica los honorarios médicos y penas por sus errores. Ejercieron gran influencia en la medicina griega primitiva. La medicina babilónica ejerció gran influencia en el judaísmo (a través de Abraham al transmitir no sólo mitos sino conceptos de

contagio, aislamiento, descanso semanal). El judaísmo, a su vez, influyó en la medicina árabe y el Cristianismo, en especial a través de los conceptos de higiene⁴. Es extraño encontrar el nombre de una sierva en la Biblia; se supone que esta ama de leche que acompañó a Rebeca en su nueva vida con Isaac, le fue entregada a su hijo Jacob para criar a sus hijos, de esta manera entra a formar parte de la familia patriarcal de Jacob. Teóricas clásicas de la historia de la Enfermería la nombran como enfermera. Laín Entralgo (1982) en su *Historia de la Medicina* plantea que la raíz de la medicina de occidente se asienta en dos pilares fundamentales, los pueblos semitas y los indoeuropeos. De los pueblos semitas (asirios, babilonios y hebreos (o judíos) hemos heredado una actitud mental que ha perdurado a lo largo de la historia en paralelo con la otra actitud legada por los indoeuropeos (griegos y aqueos). Si a los primeros les debemos la idea de la salud -enfermedad ligada al castigo de los dioses, a los segundos, la noción racionalista de la salud- enfermedad como un desequilibrio de la physis humana en desarmonía con la physis o naturaleza compuesta por la combinación de los elementos agua, fuego, aire y tierra.

La Ley Mosaica, atribuida a Moisés, constituye un tratado de salud pública: se impone el descanso sabático y la dieta, limpieza personal, desecho de excrementos, notificación a las autoridades de las enfermedades infecciosas, cuidados durante la menstruación, parto y puerperio. *Las dos fuentes normativas del judaísmo son la Biblia y el Talmud. El Talmud es el conjunto de la ley oral judía. Existen dos, el de Jerusalén del siglo IV, y el de Babilonia del siglo V.* (Pardo Serrano1992).

Donahue (1985, pp: 61) cita la interesante descripción de Kaviratna, n.d.; Pág. 102-103” del concepto de equipo de cuidados de salud tal como lo entendemos ahora, *“donde se integraban el médico, el farmacéutico, el paciente/usuario y la enfermera; este conjunto de cuatro protagonistas del cuidado, deben conocer las virtudes que de cada uno de ellos ha de poseer para que pueda ser causa de la curación de la enfermedad: La enfermera: conocimiento de la forma en que deben prepararse o combinarse los medicamentos para su administración, astucia, dedicación al*

⁴ La primera nodriza o cuidadora (llamada Débora) citada en la historia aparece en Palestina en 1955 a.C. Aparece en la historia de Rebeca, cuando ésta emprende una expedición a camello con su nodriza Débora para encontrarse con su futuro marido Isaac. Débora es una nodriza o cuidadora de niños y una mujer de compañía. (Génesis 24:15)

paciente/usuario al que se atiende y pureza (tanto de la mente como del cuerpo), son las cuatro cualidades de la enfermera.el enfermo⁵, la enfermera y los fármacos son los medios del médico para conseguir la curación”.

La cirugía evolucionó mucho en la India antigua, en el libro Samhita (libros sagrados Veda) se expone una clasificación precisa y lógica de las operaciones quirúrgicas. También se dice que las mujeres que cuidaban enfermos debían tener limpias las manos y cortadas las uñas. Susruta se le conoce como el padre de la cirugía india y se cree que vivió hacia unos 400 años a.C.

Es interesante observar cómo son conceptos que se han ido perpetuando a lo largo de la historia y que tanto significado tienen actualmente en la enfermería de ideología más técnica; se puede constatar con la clasificación propuesta por Rosa M^a Alberdi (1992) en su artículo *La identidad profesional de la enfermera Rev. Rol, nº170, octubre 1992, Pág.: 39:44.*

“La antigua Persia hoy denominada Irán (ario y por lo tanto indoeuropeo) además de relacionarse con los pueblos europeos, hacia el 500 a.C. ya había extendido sus conquistas desde el río Indo (India) hasta Egipto, importando sobre todo sus conocimientos y organización médica. La primera institución dedicada a la enseñanza de médicos y sacerdotes, aparece en Persia en el S.IV a.C. reconstruido por el emperador Darío. De este centro surgieron tres tipos de médicos, los que curaban mediante la cuchilla, los que utilizaban las plantas, y los que curaban con el exorcismo y los encantamientos. No aparece la figura de la enfermera como tal, pero ¿quién ayudaba en las tareas quirúrgicas? (Donahue: 1985, Pág. 44). Posiblemente su aprendiz.

Si nos atenemos a la evolución de los protagonistas del cuidado es curiosa la semejanza que se puede establecer con los tres tipos de profesionales que aparecen a lo largo de la historia en las fuentes documentales de la cultura occidental y, concretamente, en España. Según García Sierra (1923), éstos son: los

⁵ El término enfermo hace referencia a las personas necesitadas de ayuda en general; sólo a partir de la influencia de las teorías anglosajonas se sustituye éste término por el de paciente/usuario, en los textos españoles o traducciones.

llamados barberos y sangradores que se mencionan en la edad media y más tarde, aparecen como ministrantes y practicantes que darán paso a los aprendices de cirugía primero y más tarde a los médicos, a los practicantes (enfermeros) y, a los componedores de huesos populares. Los boticarios especialistas en hierbas y minerales. Y finalmente los sanadores, los santeros /as, brujas. etc. (García Sierra: 1923, p.2-7). Para Donahue, “es China hacia el 500 a.C., la que cuenta con una medicina más avanzada, basada en las energías, los masajes, y la hidroterapia. No se menciona la enfermería, si hubo enfermeros, serían varones, ya que la posición de las mujeres según la doctrina de Confucio, era inferior” (Donahue: 1985, Pág. 65).

De sus cinco métodos de curación, dos han trascendido sus fronteras y en la actualidad son utilizados por la medicina occidental, la acupuntura y la moxibustión. Se podría considerar la posibilidad de desligar la procreación (supervivencia) del acto de cuidar. Las mujeres cuidan en el ámbito doméstico, los médicos atienden la enfermedad.

Es en la Grecia antigua donde se configura el llamado Tratado y Código Hipocrático que será la guía de la medicina en Europa (Hipócrates de Cos 460-370a.C.). Institucionalización de la medicina racional o científica. La medicina científica pasa de los "mitos" al "logos" durante esta etapa Hipocrática. Los médicos de las diferentes escuelas profesionales comienzan a construir una medicina temáticamente fundada sobre la *physiologia*. El carácter técnico excluye de por sí todo carácter mágico. Se basa en la observación de los fenómenos físicos, y en hechos experimentales. Utilizaban hierbas medicinales, cirugía... Por primera vez, se describe la salud-enfermedad como un desequilibrio entre la physis humana y la physis ambiental *lo que podría considerarse el primer paradigma de la Historia de la Ciencia (paradigma ambientalista)*

Con ciertas reservas, se podría considerar los diferentes cuidadores con los actuales, entre ellos destacamos, las parteras; otro tipo de asistencia a la salud estaba vedado a las mujeres a pesar de que tanto Epígona (la mujer de Esculapio, el dios de la medicina) como sus hijas compartían el trabajo en la preservación de la salud. “*El mito de Esculapio (Asklepios en griego) demuestra la importancia de la familia en los temas de los cuidados de la salud. Él es el dios de la salud, y toda su*

familia va a estar dedicada a diferentes tareas: los dos hijos varones se van a dedicar a la cirugía (Macaón) y a la medicina interna (Podalirio). La rama femenina se ocupa de otras tareas, mujer (Epígona) "la que reconforta"; sus hijas: Higea "la diosa de la salud", Panacea "la restauradora de la salud", Meditrina "la conservadora de la salud", Aegle "luz del sol", e Iaso "la recuperación de la salud. (García Martín: 2001. pág. 54)

Se puede observar la división en el trabajo que se ha comentado en la introducción, los hombres curan mediante la cirugía y la medicina, y las mujeres (esposa y en general las mujeres) realizan los cuidados de la familia.

Hipócrates (400 a.C.) describió enfermedades médicas y quirúrgicas, desde el pie zambo hasta fracturas de raquis. Se hacían prótesis, como miembros artificiales, dentaduras postizas. Se efectuaban operaciones plásticas y se extraían cálculos vesicales. La cirugía, a pesar de que no se hacían disecciones por motivos religiosos, evolucionó más rápidamente que la medicina quizá porque sus resultados son más impresionantes. En estos tiempos no se menciona la enfermería quirúrgica como tal, pero pudo haber existido.

Con los textos del Corpus Hipocráticum, nos encontramos por primera vez con la explicación racional (o conocimiento científico) sobre los conceptos de salud-enfermedad, y un contexto propicio para favorecer la distribución de las prácticas entre la medicina oficial y la tradicional, los sanadores oficiales atienden a las clases altas (económicamente fuertes) y los sanadores populares a los campesinos (los económicamente débiles). La protagonista de la atención de enfermería doméstica es la mujer ama de casa y las actividades las podríamos clasificar en *reparadoras* de la enfermedad mediante pócimas, ungüentos, de *mantenimiento del confort y bienestar* de los paciente/usuarios (alimentación, vestido, aseo personal, movilidad), de *ayuda al moribundo*, de *ayuda en los nacimientos (matronas)* y de *crianza*. Las características de esta ocupación se basan en el rol materno cuyos conocimientos (empíricos) se basan en la práctica.

Durante el Imperio romano la atención a los enfermos es realizada en los hospitales romanos por los nosocomi (cuidadores). El valetudinaria era el hospital

militar, los cuidados los dispensaban los options dirigidos por un jefe cuya misión era restablecer pronto a los soldados y restituirlos en el frente. También se crearon valetudinaria civiles para atender a los esclavos como mercancía de gran valor que eran.

La higiene pública presente en la organización de la vida griega como una forma de vida aparece descrita en los escritos hipocráticos "*Aires, aguas y lugares*" donde el entorno juega un papel muy importante en la propagación de la enfermedad. La dieta y estilos de vida saludables (importancia del ejercicio y pocos excesos sexuales). En Roma se llevó a cabo la desecación de pantanos, provisión de aguas, canalizaciones, baños, vigilancia de los alimentos en los mercados y entierros. La tarea de cuidar como desempeño laboral (médicos griegos, los nosocomi, y los esclavos) en lugares de desempeño laboral concreto - *valetudinaria* -.(Donahue 1985, *Historia de la Enfermería*, Pág. 83).

Se reguló el ejercicio de la medicina. La cirugía fue desarrollándose lentamente si bien conocieron la esponja soporífera (impregnada de opio).

Galeno (138-201) realizó disecciones de animales (errores anatomía) y fue de los primeros que trató con éxito la rotura de los tendones (era médico de los gladiadores). Sus conocimientos influyeron durante toda la E. Media y parte del Renacimiento. En los territorios árabes, no practicaron estudios anatómicos y despreciaban la cirugía. Tratamientos de cauterio y aceite hirviendo para las heridas.

4.1.3. Etapa vocacional

A partir del 312 d.C (momento en que Constantino da libertad de culto al cristianismo), en una primera etapa de inspiración cristiana, cuidar deja de ser un trabajo inferior, de sirvientes y esclavos y se convierte en la forma en que los cristianos demuestran su fe; ayudando y cuidando al prójimo para ganarse el cielo. Serán las primeras cuidadoras organizadas (desde la Iglesia), además de las matronas y cristianas con recursos económicos que ayudan a los paciente/usuarios

y hacen obras de caridad: se han de destacar diaconisas, las viudas, las vírgenes y las matronas.

Desaparece el paradigma ambientalista hipocrático y de nuevo a la enfermedad se le atribuye un "valor religioso". Cobra gran importancia el espíritu en detrimento y menosprecio del cuerpo que es considerado como la envoltura carnal del alma, por lo que la enfermedad sobreviene como castigo por los pecados cometidos.

En el relato bíblico de El buen Samaritano (Lucas 10:34.), éste se apiada de un hombre herido y le vendar las heridas echando en ellas aceite y vino; lo montó en su cabalgadura y lo llevó a una posada y cuidó de él.

Florecieron organizaciones dedicadas al cuidado de los paciente/usuarios, las primeras fueron de mujeres con el fin de realizar un trabajo social; las diaconisas vuelven a aparecer en el siglo XIX (T.Fliedner en Kaiserswerth que tanto influyó en Nightingale, y, ésta, en Europa y América).

La Alta Edad Media (500 al 1000 d.C) supuso un retroceso en medicina, y un gran avance en cirugía; se supone que es debido a la creación de las primeras universidades y hospitales fuera del control clerical. El hospital de la Edad Media se centraba fundamentalmente en el cuidado y la hospitalidad (acogida). El primer hospital fundado en España data del año 589, por el obispo Masona en Mérida, la iglesia es la primera institución en tomar conciencia de la necesidad de asistir a las personas en sus penalidades (es su ideario) para ponerse al servicio de Jesucristo y por tanto de Dios. Son cuidados basados en las Obras de Misericordia. Los cuidadores: la mujer feudal (amplios conocimientos de remedios contra las enfermedades) y los monjes (practicaron la medicina y procedimientos de cuidado) y los que aplicaron los remedios empíricos: los barberos, sangradores, cirujanos y parteras).

Es interesante la analogía que hace José Siles (1999) entre las obras de Misericordia y los Diagnósticos de Enfermería de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) (Siles: 1999), Henderson, V., Principios básicos de los cuidados de enfermería, Ginebra, Consejo Internacional de Enfermería (CIE),

1971, utiliza como modelo conceptual las 14 necesidades básicas, se puede establecer la analogía. El resto de los cuidadores serán los futuros profesionales en España de los siglos XVIII-XIX.

En cuanto a las relaciones, comienzan las desavenencias por la disputa de los paciente/usuarios, ya que aumentan los médicos titulados. Al amparo de la Santa Inquisición se inicia la quema de sanadoras populares por brujería. El discurso científico y médico medieval comporta asombrosas intuiciones sobre el funcionamiento del cuerpo humano y el control de las epidemias, pero también es portador y transmisor de inquietantes prejuicios acerca de la naturaleza femenina. Los *exempla*, los relatos cortos destinados a ilustrar una verdad científica combinan peligrosamente elementos racionales y creencias populares. Entre los enciclopedistas medievales, como en los casos de Isidoro de Sevilla (560-635) o Guillermo de Conches (1080-1154), es frecuente encontrarse con la lista de los males que provoca la sangre menstrual: impide la germinación de los cereales, agria los mostos, seca los árboles, empaña los espejos o es capaz de disolver la cola de betún. Todo este tipo de creencias y supersticiones forma parte del mundo rural. También abundan las crónicas que narran los peligros de la menopausia, pues las superficialidades que ya no son eliminadas por las reglas se transmiten íntegramente a través de la mirada. Alberto Magno (1200-1280), por ejemplo, habla de unas mujeres ancianas que comunican su veneno a los niños a través de su mirada infectada. De tal manera, todas las mujeres que han perdido su función como reproductora son marginadas, excluidas del circuito social. Numerosos estudios antropológicos muestran que en muchas sociedades agrícolas, las mujeres menopáusicas se convierten en brujas, hechiceras, comadronas de urgencia o curanderas que viven a las afueras de los poblados. No se las destierra, pero sí se las aísla espacialmente, tanto para contener como para disponer de sus enigmáticos poderes mágico-curativas.

A la hora de perfilar el contexto misógino de la Edad Media, hay que tomar en consideración la influencia de una segunda fuente de información y de autoridad: junto a los tratados biológicos de Aristóteles, médicos de Galeno y administrativos de Jenofonte conviven, desde la implantación de los padres de la Iglesia en los albores del cristianismo, las diversas imágenes femeninas que pueblan las Sagradas Escrituras. En Occidente ningún libro ha tenido tanta influencia sobre las actitudes

hacia la mujer como la Biblia, punto de referencia obligado e inexcusable para casi todos los aspectos de la vida y manantial inagotable de autoridad doctrinal, moral y especulativa. Los muchos comentarios negativos sobre la mujer en *Proverbios* y *Eclesiástico*, la historia de las mujeres de Salomón o la actitud paulina en la epístola a los corintios alimentan una postura antifeminista, que a través de las interpretaciones de Agustín y Tomás de Aquino alcanzan el estatuto de dogma irrevocable para el cristianismo medieval⁶.

Será precisamente Agustín quien estigmatice en su exégesis del *Génesis* la figura de Eva como portadora de todos los males, como puerta del pecado y responsable de los sufrimientos humanos. Una interpretación aceptada plenamente por la Iglesia en el transcurso de toda la Edad Media y que no fue abiertamente cuestionada hasta el siglo XV por Isotta Nogarola (1418-1466). Esta inquietante voz femenina del Renacimiento italiano, instruida con esmero en los *studia humanitas*, se rebela contra la tradición silente y reflexiona sobre la validez de la tipología bíblica. Así, por ejemplo, en su tratado sobre Adán y Eva, intitulado *De pari aut impari Evas atque Adae Peccato*, se enfrenta al tribunal masculino que ha demonizado a Eva. ¿Cómo? Con una estrategia muy simple, pero eficaz: amparándose en la tan cacareada debilidad y fragilidad de la naturaleza femenina. Eva no podía ser más responsable que Adán de la expulsión del Paraíso, puesto que al ser por naturaleza más débil su pecado y grado de responsabilidad también es menor⁷.

En los siglos que van del 1000 al 1500 (d.C), los cuidados fueron dispensados por diferentes órdenes con diferentes vinculaciones, unas más dirigidas a órdenes de tipo militar., vinculadas a la religión, a la caballería, al militarismo y caridad que las condujo a participar en las Cruzadas. Otras órdenes llamadas mendicantes, eran religiosos, y surgieron como respuesta a la rápida propagación de enfermedades epidémicas para cuidar a los paciente/usuarios; Las órdenes seculares: de carácter

⁶ La Biblia Cf. *Proverbios* 7, 10-12; *Eclesiástico* 9, 1-9; 25, 17-36 y 26, 10-15; 1 *Reyes* 11, 1-27; 1 *Corintios* 7, 1-35, respectivamente.

⁷ Para el impacto de las ideas de Agustín en torno a la historia de Adán y Eva, es interesante consultar el espléndido estudio de Pagels (1989); para la réplica de Isotta, véase el sugestivo análisis de Rius (1992), en Zapico y Adrián 2003.

semireligioso (no seguían votos), aunque en ocasiones ejercieron la enfermería en hospitales, básicamente realizaron sus cuidados en la comunidad a paciente/usuarios, pobres, huérfanos y abandonados. (Hecho importante para la secularización de la Enfermería). Este hecho, se podría considerar el origen de los movimientos que en el siglo XIX ejercieron los cuidados domiciliarios como una tarea específica de la enfermería ya que por primera vez se ejerció el poder mediante la conquista de un espacio arrancado a otros profesionales?, podría ser una futura línea de investigación.

La influencia árabe entra en Europa a través de España así como la medicina de los textos clásicos entra gracias a los textos conservados y traducidos por la escuela de Traductores de Toledo (Alfonso X el sabio). Esta influencia se manifestó en la cirugía por seguir siendo ésta despreciada; barberos, sangradores y cirujanos eran oficios miserables. Los conocimientos de cirugía se transmitían de padres a hijos o a discípulos ocasionales.

La importancia de las peregrinaciones dio lugar a la ruta jacobea, es el camino que los peregrinos hacían hacia la tumba de Santiago en Compostela, los soberanos de Castilla-León y Navarra tuvieron que construir caminos, hospederías, hospitales con personal para atender a los peregrinos; al igual que los soberanos europeos hicieron durante las cruzadas para garantizar el éxito de las mismas.

En cuanto a los conocimientos científico-técnicos, entre 1315 y 1363 se inicia la disección de cadáveres como enseñanza, se preconiza el uso del bisturí junto con el cauterio (Saliceto en la Universidad de Bolonia), y se crean los Hospitales de los cuales algunos han llegado hasta nuestros días. A partir de aquí, comienzan a proliferar textos religiosos, filosóficos, médicos y populares que provocan un desencanto y amargura en las mujeres *“La palabra ‘misoginia’ condensa esa actitud hostil y temerosa hacia las mujeres”* Ehrenreich y English (1988)

Al amparo de las evidencias documentales, se puede detectar en la literatura misógina tres maneras diferentes de describir a las mujeres. En primer lugar, se exponen los rasgos típicamente femeninos como la inmovilidad, la incontinencia verbal y la hipocresía, con el fin de demostrar su escasa o nula catadura moral. En

segundo lugar, se describen sus costumbres irresolutas, caprichosas y huecas, viciosas y envidiosas, histriónicas y maldicientes. En tercer lugar, el ciclo vital femenino y su patética anatomía convierte a las mujeres en unos seres malolientes y maniáticos, sucios y llenos de enfermedades, casposos y con furor uterino. Desde este momento, la cultura europea ya no podrá desembarazarse jamás de la imagen de la mujer creada por la literatura misógina. Evidentemente que numerosas voces se alzaron contra este tipo de literatura. Quizás la primera y más vehemente denuncia pública de la misoginia la encontramos en *La ciudad de las damas* (1405) de Christine de Pizan (1365-¿1430?). Frente a esa forma abyecta y deleznable del pensar masculino, sostiene que la misoginia ofrece una visión de las mujeres que nada tiene que ver con la realidad histórica, al mismo tiempo que defiende la necesidad de recuperar la memoria femenina y conquistar la dignidad que se les niega sistemáticamente a las mujeres. ¿Qué hacer ante unos excesos que la sociedad europea del momento juzgaba con cierta indulgencia? Christine ofreció una respuesta original: reivindicar el papel de las mujeres en el mundo del trabajo, de la política y de la cultura haciendo frente a los prejuicios de su tiempo. La conciencia de sí misma como mujer pasa por la conciencia de su papel en la sociedad. Encuentro ante un yo crítico, forjado en los debates con escritores misóginos y que no se arruga ante los fantasmas del pasado⁸.

Y esto también vale para la Historia de la Enfermería. Recuérdese, por un momento, el personaje literario de la señora Gamp creado por Charles Dickens en *Martin Chuzzlewit* (1844). “*La señora Gamp es enfermera, pero no una enfermera ejemplar. Por el contrario, es una mujer entrada en años, ignorante, sucia, despreocupada, amiga de la botella de ron, altiva y propensa a aceptar sobornos*”.

Dos son los protagonistas de la atención en las enfermerías, la mujer religiosa encuadradas en las diferentes órdenes religiosas creadas por los padres de la Iglesia para atender a pobres, niños, y moribundos y ocasionalmente, los hombres religiosos encuadrados en las órdenes de las Cruzadas de la Iglesia de Occidente

⁸ No es de extrañar que la denuncia de Christine de Pizan se extendiera entre las mujeres de su época y que acabara convirtiéndose en el modelo de protesta para las generaciones futuras (Mary Wollstonecraft (1759-1797), Olympe de Gouges (1748-1793), Simone de Beauvoir (1908-1986), entre otras muchas). Véase, por ejemplo, los interrogantes que plantean a los sabios misóginos o sus recusaciones de volubilidad, inconstancia o avaricia en Pizan (1995): 6-7, 119-120 y 158-160.

en la guerra para recuperar los Santos Lugares (Jerusalén) contra el imperio musulmán extendido por la cuenca sur del Mediterráneo. El lugar de actuación son las enfermerías de los monasterios y conventos. Las actividades son de hostelería (acondicionamiento del albergue de los paciente/usuarios y disminuidos), de administrador/a de las enfermerías de los monasterios y en cuanto a las características de la ocupación profesional se puede considerar empírica, vocacional ligada a su rol maternal y religioso, disciplinada y obediente (atributos castrenses desarrollados en las Cruzadas) y algo muy importante, aumenta la calidad de los cuidados ligado a la mujer religiosa que vive y se relaciona con los centros del saber de la época; son mujeres que pertenecen a la clase alta de la sociedad medieval. Según las fuentes documentales consultadas, *“El primer hospital que se creó en Catalunya es el d'en Guitar en Barcelona en el 1024, fundado por la donación del obispo Deudat en el año 1131 y donde vino a morir Ramon Berenguer el Gran en el año 1131. En Girona en 1211 fue destruido en la guerra del francés y fue reconstruido en 1666 por el obispo Ninot. En Lleida de los once hospitales existentes se refundaron en uno en 1466 en virtud de la bula de Calixto III. El hospital d'en Guitar se convierte en d'en Colom (testamento del año 1229). En 1401 se refunden los hospitales en uno y el Papa Benet XIII expide la bula fundacional del hospital de la Santa Creu de Barcelona en 1401. De las personas que se dedicaban al cuidado, destaca la dona que años más tarde será identificada con la denominación de enfermer (Domínguez-Alcón: 1981).*

Durante el Renacimiento (s. XVI) la medicina recupera los textos griegos. Esta nueva formación clásica será el motor de los nuevos cambios en la atención de los paciente/usuarios; por primera vez, se inicia la formación de los cuidadores y el pago por servicios. Otro hecho relevante es la separación de la Iglesia romana dando paso a los estados que se situaron al lado del Papa (Contrarreforma) y los situados al lado de los reformistas, entre ellos, Martín Lutero que da lugar al término (Reforma). Otro dato importante en materia de salud es el aumento de la población en Europa por la mejora en la alimentación, que fundamentalmente se debe a la importación de patatas e inicio de su cultivo. En España, los Reyes Católicos crean el primer hospital de campaña durante la conquista de Granada; y en 1492, Colon descubre América. Es en esta época y debido a los nuevos conocimientos científicos

técnicos recuperados del pasado, que se introduce la autopsia con criterio anatomopatológico y la lección clínica con paciente/usuarios como hábito de enseñanza. Ambrosio Paré (1510-1590) aprendiz de barbero y cirujano de reyes, observó y escribió sus tratados sobre cómo ligar las arterias. Se le considera un precursor de la cirugía moderna.

Un hecho importante es la aparición de la imprenta en 1440 (Gutenberg); época prolífica en el conocimiento de las causas de las enfermedades, destacan por su contribución, Paracelso (Suiza 1493-1541) que fue el primero en relacionar las enfermedades con el trabajo y la alquimia, a él le debemos el compendio sobre farmacología vigente hasta el siglo XVIII., Vesalio (Bélgica 1514-1564) que dio a conocer la anatomía a partir de su estudio *De corporis humani fabrica*, Harvey (Inglaterra 1578-1657) y Servet (España 1511-1553) que con sus estudios complementaron la circulación mayor y menor.

Dos tipos de enfermeras coexisten en esta época: las religiosas y las encargadas de labores domésticas que cobraban por sus servicios. Casi nada se dice de enfermeras que cuidaran específicamente a paciente/usuarios quirúrgicos.

Cuando hablamos de la Decadencia en enfermería, se hace referencia a las enfermeras de los estados que apoyaron la Reforma; según Donahue (1985, la Reforma supuso "*la entrada en una época oscura para la orden de la enfermería laica debido a la reducción de las instituciones y del menor número de gente dedicada al cuidado de los paciente/usuarios*"; pp.: 212; dos cosas cabe destacar, la pérdida de la confianza en las prédicas de la Iglesia de Roma hacen que se pierdan las creencias sobre nuestro lugar en el cielo ligado con nuestra capacidad de hacer el bien a imagen y semejanza de Jesús de Nazaret y los primeros idearios cristianos. Ello alejó a la sociedad en general de la atención a los menesterosos, al menos de momento, creando una preocupación en un grupo de ciudadanos que como consecuencia iniciaron una reforma a partir del s.XVIII siguiendo los pasos de la Contrarreforma hasta la actualidad. Reforma y Contrarreforma dan un giro en la atención a los paciente/usuarios: esta decadencia y auge de los cuidados de enfermería propiciará la secularización de los hospitales. Dentro de las sociedades afines al Papa de Roma, las cosas se mantienen en la tradición del espíritu cristiano.

Si de algo se nutre esta corriente, es del saber ligado a los centros de poder, que son los monasterios; no nos ha de extrañar que años más tarde Florence Nightingale visitara a las Hermanas de la Caridad en París, eran las expertas en cuidados enfermeros de la época. Sus cuidados de salud se centraban en: atender las necesidades básicas, vigilancia, aplicación de ventosas, relación con los paciente/usuarios y prestaciones hoteleras y de gestión. Un ejemplo claro de lo anteriormente expuesto: *“En el Hospital de la Santa Creu de Barcelona, destaca la figura del enfermero que realiza las técnicas básicas de comunicación con los paciente/usuarios, la observación de los cambios de salud, la cooperación con los otros trabajadores. Estas actividades se refieren a los enfermeros; las enfermeras aparecen documentadas como las encargadas de las mujeres enfermas y de los niños.”* (Domínguez-Alcón: 1988: 28)

También, según Domínguez-Alcón, *“en 1683 aparece por primera vez la palabra enfermera, y en 1784, presentan a la Muy Ilustre Administración del Hospital General de la Santa Creu un documento que explica las Obligaciones de los Enfermeros de la Cambrada de Sant Pere del hospital General de la Santa Creu de Barcelona, los cuidados que tenían que realizar estaban relacionadas directamente con los enfermos: alimentación, observar, eliminar, hacer las camas; cuidados relacionados con los paciente/usuarios siguiendo las órdenes de los médicos: administrar medicación y ungüentos, pasar visita con los médicos y los cirujanos, informarlos de las novedades. Cuidados relacionados con el servicio: higiene de los locales, recoger los alimentos y distribuirlos, higiene de la ropa de la cama”*.(pp:29-30).

A partir del siglo XVII, los conocimientos científicos técnicos devienen imparables, Jenner (Inglaterra 1749-1823) realiza las primeras experiencias de inmunización de la viruela en Europa, los Chinos ya la habían practicado hacia el 1122-249 a.C. Sydenham (Inglaterra 1624-1689). Es la época de la creación de los estados absolutos y a la par que crece el comercio y los intercambios con el nuevo mundo, la concepción de sociedad civil impregna las estructuras del estado, una maquinaria administrativa nueva se pone en marcha creando la nueva red que desbancará a la red religiosa en la organización de la sociedad y la satisfacción de sus necesidades. Es la época en que se consolidan las órdenes religiosas dedicadas al cuidado, las hermanas de la Caridad, los hermanos de San Juan de Dios.

4.1.4. Etapa técnica

En los s. XVIII y XIX se van consolidando el proceso de mejora en las prácticas de las enfermeras gracias a los avances del conocimiento médico en el ámbito de la salud. Varios hechos durante el siglo XIX tienen una gran repercusión para la enfermería, desde las figuras emblemáticas como Florence Nightingale (1820-1910) y la creación de la Cruz Roja, fundada en 1864 con el objetivo de ofrecer cuidados a los heridos y paciente/usuarios durante la Primera (1920) y Segunda Guerra Mundial (1945). También a finales del S.XIX (1899) se creó el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), siendo su declaración de principios mantener y establecer normas elevadas del servicio de enfermería, de la enseñanza de enfermería y de la ética profesional en todo el mundo. Es en este nuevo contexto, que los hospitales incorporan la función docente. Con los reformadores sociales (religiosos y seculares) se inicia la profesionalización (Diaconisas de Kaiserswerth). La Escuela Nightingale (1860) fue el primer centro de formación con entidad propia en Inglaterra y Nuevo Mundo, en España, el Dr. Federico Rubio crea la primera Escuela de Enfermeras en 1880, es la Escuela de Santa Isabel de Hungría.

Durante el siglo XIX, mientras el progreso mecánico industrial revoluciona el sentido de la vida y crea nuevas formas de convivencia social, la cirugía permanece impotente para reducir a sus tres poderosos enemigos: infección, gangrena y dolor. F.Nightingale (1820-1910) crea lo que podemos considerar la enfermería moderna. (Enseñanza planeada de las enfermeras). A partir de las nuevas condiciones técnicas, Willian Morton (dentista) en 1846 suministra éter con gran éxito en una intervención realizada por Warren. Jacobo Y.Simpson (1847) en Edimburgo aplica cloroformo, él hacía a la vez de anestésista. Oliverio W.Holmes (1842) escribió sobre el origen de la fiebre puerperal. Ignacio F.Semmelweis (1847) descubridor de la asepsia (agua, jabón y cepillo tal como nos lavamos en la actualidad) y antisepsia (Clorina líquida y fricciones de arena fina, más tarde reemplazada por el agua clorada -cloruro de sal).

Teodoro Billroth (1860-94) introdujo el uso de guantes de tela de algodón blanco en las operaciones abdominales. J.Jackson Lister (1827-1912) introdujo el ácido fénico como antiséptico, se advierte que las enfermeras ayudaban en la sala de

operaciones. Félix Terrillon en 1888 en la Salpêtrière opera en los quirófanos con paredes lavables, mesas de metal, usa autoclaves Chamberland, estufa seca, hervidor de instrumentos, se lavan con agua, jabón y bicloruro de mercurio el campo operatorio. Guillermo S. Halsted (1890) profesor de cirugía de la Johns Hopkins University, usó por primera vez guantes de goma fina para operar. Hay que resaltar que Halsted introdujo los guantes de goma para evitar la dermatitis de las manos y los antebrazos que le producía la solución de bicloruro de mercurio a la enfermera que trabajaba en el quirófano. Scipione R. Rocci (1896) publica en la Gazzeta de Torino Un nuovo esfigmo-manómetro (aparato para medir la presión arterial), vemos pues que este avance técnico propició que los médicos pudieran abandonar la cabecera de la cama de sus enfermos y pasaran al laboratorio a investigar, el nuevo gran reto de la profesión médica.

A la vez que se logran esta serie de descubrimientos en Europa, en Estados Unidos, la medicina pasa a depender (como en la Edad Media) del mecenazgo. Rockefeller y Carnegie que no podían gastarse todo su dinero crean fundaciones de tipo empresarial gestionadas por los expertos en filantropía que se identifican con el enfoque científico de la medicina, porque reflejaba su propia concepción de la filantropía -absoluta imparcialidad y objetividad de sus donaciones- Para que el triunfo de la medicina científica en Estados Unidos fuese total, había que resolver el tema de las comadronas, no porque atendieran a la enferma potencial (clases media y alta), sino porque estaban en los hospitales de pobres donde los médicos podían hacer sus prácticas. La campaña de desprestigio convirtió a las comadronas en el "micrococo" extranjero (la mayoría atendían a las mujeres de su propia cultura) e importado sus quehaceres y saberes, la eliminación de esta figura conllevaba implícita una campaña para americanizar a los emigrantes. Entre 1900 y 1930 las comadronas fueron erradicadas en EEUU; las feministas burguesas decidieron luchar para conseguir su admisión en las escuelas de medicina. Con la eliminación de las comadronas comienza la época del parto medicalizado, las mujeres perdieron su última función autónoma como sanadoras. Los únicos papeles que les dejó el sistema médico fueron los de empleadas, paciente/usuarios o "material". (Ehrenreich, B y Dierdre English: 1990). Es en este contexto que las enfermeras surgidas de las Escuelas Nightingale se incorporan en los hospitales para ayudar a los médicos en aquellas actividades que facilitaban el tratamiento médico.

El caso de Florence Nightingale: entre la tradición misógina y la creación de modelos femeninos alternativos

Todo un retrato de la decadencia de la enfermería en las primeras etapas de la Revolución Industrial en Inglaterra. Una imagen y una realidad que las propuestas formativas y reformistas de Florence Nightingale van a combatir con ardor y eficacia. Sin embargo, ¿es Nightingale completamente ajena a esta subterránea corriente misógina? ¿Es consciente de su existencia y de sus efectos sobre la práctica enfermera? Si es así, ¿logra superar, erradicar o transformar los patrones de comportamiento androcéntricos descritos? O, por el contrario, ¿todavía se mantienen vigentes, aunque sólo sea parcial y subterfugiamente? Preguntas difíciles que, como toda pregunta difícil, no suelen admitir respuestas unívocas. Sin ánimo de simplificar las cuestiones aquí planteadas, nos parece que la obra y el trabajo de Florence Nightingale encarnan un movimiento bascular que oscila entre la ruptura y el mantenimiento de los códigos de conducta establecidos, que se mueve entre la fe religiosa y la ciencia médica, que se debate entre la innovación formativa de las enfermeras y el respeto al orden sanitario masculino. Un conjunto de tensiones y contradicciones en sintonía con las múltiples reivindicaciones feministas del siglo XIX: desde el derecho a la educación, al trabajo y al sufragio universal, la abolición de los privilegios políticos y sociales de los hombres hasta la erradicación de la prostitución o la rehabilitación social de mujeres viudas, solteras o madres abandonadas a su suerte. Nuestra protagonista, al igual que otras mujeres emblemáticas de su siglo, encarna el duro y fatigoso ejercicio de la libertad, dirigido a trascender la esfera privada de la familia y abrirse paso en el mundo público de los hombres, aunque en ocasiones sea profesando la obediencia, practicando la sumisión o manteniendo el silencio. Sobre la vida, obra y difusión de la obra de Florence Nightingale en nuestro país, creemos que hay mucho por investigar, si bien no es en estos momentos el objeto de nuestra reflexión. Lo que realmente nos interesa son las condiciones que posibilitaron la creación del espacio de trabajo «moderno» enfermero, el rol que desempeñaron las «enfermeras Nightingale» y la importancia de la orientación Nightingale. Intentaremos contestar a estas preguntas partiendo de la impronta que han legado y que nos puede ayudar a la hora de entender el por qué se sigue dando a las puertas del siglo XXI un mayor número de mujeres que estudian enfermería y que constituyen el entramado de la profesión

presente y futura. Ahora bien, lo primero que debemos considerar es el contexto económico de la Revolución Industrial y el ambiente sociocultural del protestantismo por el que transcurre la vida y la obra de Nightingale.

No en vano, los descubrimientos y los inventos más importantes (...) no surgieron (...) por generación espontánea de un espíritu fáustico: fueron semillas que el viento nos trajo procedentes de otras culturas. (Mumford L. *Historia de la cultura material*, citado por Hernández Conesa 1995:121).

La revolución industrial es entendida como el proceso de cambio que dio lugar a la sociedad industrial capitalista, transformando radicalmente las condiciones económicas y sociales, primero de Inglaterra, al ser éste el primer país donde tuvo lugar y por extensión, a otras naciones y regiones de Europa y del mundo. González de la Fe expone que: *«Aunque señalar los orígenes y causas de la revolución industrial equivale a un análisis causal completo de las sociedades actuales, hay que mencionar los diversos factores que originaron la transición del feudalismo al capitalismo, los procesos de acumulación de capital realizados a costa de la abolición de derechos tradicionales de campesinos y artesanos y de su proletarianización forzosa, las transformaciones en la agricultura y la manufactura y, especialmente, la introducción generalizada de la maquinofactura producto de los avances científicos y las innovaciones tecnológicas. Los historiadores, no sin polémica, suelen datar la revolución industrial inglesa entre 1764 (año de la instalación de la máquina hiladora Jenny) y 1830 (fecha en la que se inaugura el ferrocarril de Liverpool-Manchester, por más que los procesos económicos y sociales que la posibilitaron comenzaran a gestarse en Europa siglos antes)».* González de la Fe (1998): 665.

Pero además de la transformación de las condiciones materiales de subsistencia y de redefinición de las relaciones sociales provocadas por la Revolución Industrial, nos parece importante destacar algunos aspectos relacionados con el contexto protestante en el que Florence Nightingale desarrolló buena parte de su actividad formativa y profesional. El ideal protestante de mujer implica, de entrada, una ruptura con el ideal católico de la exaltación de la virginidad y del modelo de vida conventual o, por el contrario, una defensa a ultranza de las funciones reproductivas y familiares

de la buena esposa y madre. A pesar de su sometimiento a la autoridad del marido, a la mujer protestante se le reconoce el derecho a la educación y a participar activamente en los asuntos que afectan a la comunidad.

Al principio del siglo XIX, asistimos a un *revival*, a una reviviscencia, a un despertar de la situación religiosa de las mujeres protestantes, especialmente en el contexto metodista de John Wesley (1703-1791) citado por Bauberot (1993:219-233).

Las prácticas revivalistas, a pesar de la vigencia de los preceptos paulinos acerca de las obligaciones de las mujeres, conceden a éstas a un lugar destacado. Sin ánimo de romper con el dogma cristiano y de promover la insubordinación, el *revival* del Nuevo Mundo dio a las mujeres la posibilidad de moverse con cierto grado de autonomía y en plano de igualdad con sus hermanos, al mismo tiempo que favoreció la asunción de responsabilidades pastorales y facilitó la masiva instrucción de las mujeres. Este énfasis protestante en la educación se halla en estrecha relación con la convicción de que las diferencias entre hombres y mujeres no responden tanto a la supuesta naturaleza inferior de las mujeres como a su retraso educativo. Esta necesidad de fomentar la educación femenina impregna la conciencia social de las mujeres protestantes que, durante el siglo XIX, se dedican a la beneficencia y a la defensa de los/las más desprotegidos/as (sean niños/as, mujeres maltratadas, esclavos/as, prostitutas o alcohólicos/as). De entre las muchas fundadoras de sociedades benéficas y de su influencia dan testimonio, por ejemplo, la de Josepine Butler dedicada a la protección de las prostitutas, la de Elisabeth Fry como reformadora de la condición penitenciaria o la de Florence Nightingale que organiza el oficio de enfermera.

Por otro lado, a diferencia del sistema católico que impone la obediencia a la jerarquía eclesiástica, el protestantismo privilegia el fervor con el que los/las creyentes profesan la fe y el sacerdocio universal. Con todo, al igual que la Iglesia católica cuenta con órdenes religiosas que se hacen cargo de las labores sociales, en el protestantismo se crea el ministerio de diaconisas que ofrece a las mujeres la posibilidad de realizar actos caritativos, de desempeñar actividades docentes o de llevar a cabo prácticas sanitarias. La creación de este cuerpo de diaconisas dedicadas a diferentes labores asistenciales y formativas se fragua en el contexto

pietista germánico de la *Casa de Diaconisas* fundada por el pastor Theodor Fliedner en Kaiserswerth. Precisamente, ahí fue a parar Florence Nightingale durante un breve, pero decisivo período de su vida. La Casa de Kaiserswerth incluía un completo programa formativo de sus diaconisas, preferentemente solteras y entregadas plenamente a la comunidad: desde una fase de prácticas con los paciente/usuarios hasta el cuidado de los cuerpos y de las almas dañadas, sin olvidar la instrucción técnica a cargo de un médico. Una serie de enseñanzas presentes y parcialmente integradas en *Notas sobre enfermería*⁹.

Este nuevo contexto económico e ideológico genera, a nuestro criterio, un imaginario colectivo tremendamente ambivalente respecto a las obligaciones y a las habilidades inherentes a las mujeres. Una ambivalencia que todavía pervive en las aportaciones de Florence Nightingale y el desarrollo posterior de la enfermería. De entrada, el progreso económico y social favorece, aunque en desigual medida, al bienestar general; siendo, como siempre, las clases altas y medias las más favorecidas; serán éstas, pues, las que detenten el monopolio económico, el saber y dentro del mundo de la salud, el monopolio de la medicina y la atención de los paciente/usuarios en función de sus recursos económicos¹⁰.

Estos profesionales son los médicos y su monopolio sobre la salud y enfermedad complicó, cuando no impidió, la inclusión del resto de los/las sanadores/as. Por tanto, una profesión se da en un espacio propio que le confiere poder y al que Abbott denomina «jurisdicción». *Toda profesión constituye una jurisdicción que le es propia y por la que ha de velar en su conservación para evitar perder tareas en beneficio de otros. Así, «la señorita Nightingale definió una posible área de trabajo, la enajenó de las autoridades militares (y más tarde de las civiles), que no estaban realmente utilizándola y creó escuelas, asociación y conocimientos que las sirvieran. No es una actuación que se repita con frecuencia. (...) Tal inclusión tiende a tener poco efecto en el sistema a menos que las tareas incluidas en esta nueva*

⁹ “Madame de Gasparin comenta en *De las corporaciones monásticas en el seno del protestantismo* (1854:55), la creación de comunidades de diaconisas recuerda en exceso a los conventos de la Edad Media: glorifica el celibato, santifica la profesión monástica, ensalza la dedicación exclusiva, rechaza el matrimonio o apuesta por el apartamiento del mundo”.

¹⁰ Es la época de lo que Ehrenreich (Ehrenreich y English (1988): 27 y SS. denomina la época del triunfo de los «profesionales» (unos profesionales que, lógicamente, son una extensión de la clase dominante).

jurisdicción fueran áreas significativas de trabajo de grupos preexistentes. El trabajo de enfermería no lo era. Los efectos en el sistema de creación de la enfermería empezaron sólo cuando la enfermería empezó a expandirse fuera del hospital hacia la atención de salud primaria, invadiendo las jurisdicciones más preciadas de los médicos» Abbott (1988): 96.

De esta forma, Nightingale gana para la enfermería un espacio que los médicos dejan vacío al tener que ocuparse de la investigación y el laboratorio. Ahora bien, para Ehrenreich, esta «revolución» de Florence y sus discípulas marcaron a la nueva profesión con los prejuicios de su propia clase. No olvidemos que Nightingale era una aristócrata. Cabe recordar que las *Notas sobre Enfermería* (1859) tienen más la pretensión de proporcionar una orientación y una comprensión del significado de la enfermería que de ofrecer un texto. El «modelo Nightingale» ponía el énfasis más en la formación moral que en la habilidad técnica. Fue ante todo una activista de la reforma moral, preocupada por la redención de las jóvenes de las nuevas aglomeraciones proletarias a las que se les ofreció un modelo a seguir, cuando en un rápido proceso, la primera enfermería voluntaria se profesionalizó y se vio forzada a buscar sus candidatas fuera de las élites originales, poco dispuestas a enrolarse en masa para un trabajo tan duro. Su rol era servir de antídoto a la supuesta degradación moral que se extendía con el trabajo industrial femenino. Sus fundadoras concibieron la enfermería como «expresión de un modelo bien definido de mujer, asociaban la disposición y la habilidad para cuidar a una feminidad esencial» Canals (1992: 29-33). La «enfermera Nightingale» era, simplemente, la Mujer Ideal transplantada del hogar al hospital y libre de las obligaciones reproductoras. Esta mujer ofrecía al médico la obediencia absoluta, virtud de una buena esposa, y al paciente/usuario la altruista devoción de una madre, mientras ejercía sobre el personal subalterno del hospital la gentil pero firme disciplina de un ama acostumbrada a dirigir la servidumbre.

En este sentido, resulta interesante revisar la literatura de nuestro más insigne investigador Ramón y Cajal (1982) *«La esposa (...) el toque está en conquistarla para la obra común, en constituirse en su director espiritual, en modelar su carácter, plegándolo a las exigencias de una vida seria, de trabajo intenso y de recato*

austero, en hacer, en suma, de ella, (...) un órgano mental complementario, absorbido en lo pequeño (si pequeñez puede llamarse el gobierno del hogar y la educación de los hijos). (Ramón y Cajal 1982: 140)

Ehrenreich (1988:32-34) en su análisis sobre el modelo Nightingale, utiliza como referente documental el libro de V. Robinson (1946) *White Caps, The Story of Nursing* cuando expone diversos acontecimientos que tuvieron como protagonista a Florence; entre otros, relata que cuando un grupo de enfermeras inglesas propuso la creación de un cuerpo profesional, con exámenes y título a semejanza de la profesión médica, Nightingale replicó que «las enfermeras no pueden ser sometidas a exámenes ni se les puede exigir títulos, como tampoco es posible exigirselos a las madres». Las mujeres eran enfermeras por instinto pero no médicos y a las pocas mujeres médicos de la época les dedica esta frase memorable. «Sólo han intentado ser hombres y únicamente han conseguido llegar a ser hombres de tercera categoría». Lo que parece cierto es que las mujeres dejaron de matricularse en medicina y aumentaron el número de enfermeras. La feminización de la profesión se consolida. Frank-Elizondo (1987:268) corrobora la tesis de Ehrenreich cuando expone la idea central sobre el ideario de Nightingale en relación con el sexo de la enfermería y su formación. «Le parecía que la enfermería era una vocación especial para mujeres y no aprobaba la idea de los enfermeros varones». De esta manera, las mujeres quedan relegadas al oficio de enfermeras entendido como una vocación natural que sólo puede ser superada por la maternidad. Nightingale estableció y promulgó un sistema educacional que no produce profesionales sino que fomentó un sistema que subordina a las enfermeras a los médicos. (Cohen: 1988:14-16)

El modelo Nightingale responde al papel pasivo que ella misma «adjudica» al paciente/usuario en su proceso de cuidados. Probablemente atribuir a Nightingale la actual subordinación sea simplificar las cosas, pero la realidad es que el sistema formativo de Nightingale (del cual somos todas las enfermeras herederas por formación, edad y estar en activo), ejerció una fuerte influencia sobre la evolución de la profesión. En su transformación de la filantropía en trabajo social, en su transformación del voluntarismo en un saber profesionalizado todavía pervive la triple misión de todo acto de beneficencia, a saber: enseñar, cuidar, asistir. A la luz de sus aptitudes sanitarias, de sus experiencias profesionales y de su gradual

implantación institucional, las mujeres enfermeras desafían la gestión masculina. Pero al igual que le sucediera a Florence Nightingale en sus propuestas de reforma de los hospitales militares, reaparece el fantasma de la resistencia masculina. La gestión económica y el establecimiento de la capacitación profesional que se le concede a los estudios de enfermería, pasa clara y peligrosamente a manos de políticos y de expertos: médicos, juristas o psicólogos dispuestos a convertir a las mujeres en auxiliares confinadas a empleos subalternos, como los de enfermera, asistentes sociales, etc. En la actualidad, se abre otro frente de lucha: el reconocimiento de estudios académicos superiores y la formación profesional de las enfermeras. No deja de ser curioso que la resistencia masculina aumente proporcionalmente con la demanda de las enfermeras por una mayor profesionalización de su trabajo y de sus estudios.

4.1.5. Etapa profesional en España a finales siglo XIX e inicios de la profesionalización

La etapa Preuniversitaria, supuso la consolidación de los estudios de enfermería, su evolución y sus orientaciones en las prácticas. Una tradición muy arraigada en nuestro país es la del practicante, denominación vigente en la sociedad actual. Históricamente se observan variaciones heredadas de una práctica muy antigua de oficios diversos: los barberos y sangradores que ya se mencionan en la edad media. Por otro lado, los ministrantes y practicantes en épocas más modernas.

Los practicantes tienen a su vez historia y procedencias diversas: Así son nombrados los estudiantes de medicina y aprendices de cirugía que hacen las prácticas en los hospitales, son los encargados de ejecutar las prescripciones médicas (curas, sangrías, masajes, unturas, etc.). El organismo encargado de velar por la correcta praxis era la sección de Protocirujano y Protobarberato del "Tribunal de Protomédicos", es la primera reglamentación referida a los auxiliares de la medicina. Por otra parte, Álvarez-Sierra 1923 habla del origen de la figura del practicante en el seno de los hermanos de San Juan de Dios, concretamente en el hospital Antón Martín de Madrid, con la intención de crear un personal "hábil, especializado", capaz de interpretar y llevar a la práctica las órdenes de los médicos

y de los cirujanos, dirigir la asistencia y "poner orden al caos de las enfermerías". (García Sierra 1923: 2-7).

Las primeras Especialidades en la enfermería surgieron a finales del s.XIX y principios de XX: La enfermera partera y la enfermera anestesista: por la creciente sofisticación de la cirugía a principios de 1900, cuando se reconoció que se necesitaban ayudantes preparados para administrar los anestésicos. Su desaparición dentro del panorama actual viene dado por las luchas de los diferentes colectivos de la medicina y las barreras legales a estas prácticas.

En cuanto a la cirugía, los mayores adelantos en la atención de los paciente/usuarios quirúrgicos se han efectuado desde el comienzo de este siglo. Hace 50 años apenas se ingresaba a nadie para ser operados, hoy día, la intervención quirúrgica forma parte del total de los actos de ayuda en recuperar o conservar la salud. La intervención quirúrgica comprende algo más que la ejecución técnica de un método quirúrgico, el cuidado de la lesión quirúrgica es sólo una parte del cuidado, la rehabilitación para que la persona pueda retornar a las actividades normales lo más rápidamente posible, la enfermera quirúrgica, ha de comenzar la rehabilitación incluso antes de la intervención. Como vemos, la atención de enfermería de paciente/usuarios quirúrgicos se extiende detrás y más allá de las puertas del quirófano.

El avance científico - técnico deviene imparable; Guillermo Hunter (1900) en el hospital de Charing Cross usa por primera vez "máscara de gasa" para operar, con lo cual completa el vestido aséptico del cirujano y ayudantes de uso actual. A partir de 1900 el descubrimiento de la novocaína, sulfamidas, penicilina, estreptomina, cloracina, etc. harán progresar la cirugía iniciándose las intervenciones extracorpóreas (Clarence Crafoord: 1945) hasta los trasplantes en la actualidad. Las relaciones entre los actores si nos atenemos a lo que Ehrenreich en el capítulo *Una epidemia misteriosa* comenta, la profesión médica había ido consolidando su monopolio en materia de curación, el principio teórico por el que se regían los médicos, tanto en sus trabajos como en sus pronunciamientos públicos, consistía en que las mujeres eran, por naturaleza, débiles, dependientes y enfermizas. De ese modo conseguían asegurar su victoria sobre la sanadora: con la prueba "científica" de que la naturaleza esencial de la mujer no era ser una fuerte y competente

proveedora de auxilio, sino una *paciente/usuario*.); las enfermeras en España y concretamente en Catalunya se incorporan a las tareas delegadas por los profesionales médicos que no han cesado hasta nuestros días.

Las actividades de enfermería y sus características se circunscriben a las actividades ligadas al diagnóstico y tratamiento médico. El inicio en España del proceso de construcción de la profesión, requiere al igual que otras profesiones analizar los avances que en este caso son los avances en la práctica de las enfermeras, y para esto es preciso estudiar su propia historia para poder describir con objetividad el proceso de cambio de la profesión. Las nuevas tendencias vienen enmarcadas por los cambios en la estructura social, el envejecimiento de la población, la crisis económica, los flujos migratorios, las preocupaciones ecológicas, las desigualdades sociales, etc. Los sistemas y políticas de las organizaciones sanitarias, los cambios en los sistemas de salud con la consiguiente contención en los gastos sanitarios. El avance científico y tecnológico y su influencia en las profesiones y, finalmente, la construcción de la profesión enfermera y su coexistencia con las tareas de otros profesionales.

Para la evolución histórica se analizan las fuentes secundarias de la literatura existente sobre la Historia de la Enfermería en España que han investigado, entre otros, Domínguez-Alcón (1986), y Siles (1996), La década de los setenta, a partir de las Directrices Europeas para la Profesión de enfermería, y los Boletines Oficiales del Estado (BOE) Decretos, Órdenes, que atañen a la enfermería como disciplina o Resoluciones que ha de cumplir como carrera universitaria de primer ciclo.

Domínguez-Alcón (1986:96) en el capítulo 6, *Cuidados versus profesión*, comenta que "es con la Ley de 9 de septiembre de 1857, de Instrucción Pública, cuyo artículo 40, párrafo 2, expresa que el reglamento determinará los conocimientos prácticos que se han de exigir a los que aspiren al título de practicantes. Es la real orden de 26 de junio de 1860 se determinaron los estudios necesarios para ser practicantes". Para Siles (1996), es durante la Restauración, que aparecen las enfermeras y las parteras por primera vez en el artículo 41 de la misma Ley.; ..." *La unificación de la enfermería en 1915 (Real Orden del 7 de Mayo de 1915) , que situó el proceso homogeneizador en el plano docente (escuelas de enfermería y en los planes de*

estudio) disponiendo que el certificado de enfermera debía ser el mismo en todas las facultades de medicina del Reino, no tiene su réplica en la realidad laboral". El practicante y la enfermera han tenido unas funciones similares y, en teoría, una formación semejante, si se comparan los temarios de los planes de estudios de aquella época, (Siles 1996:38); sin embargo, en la práctica, las enseñanzas que recibían tenían un enfoque distinto. Al cursar sus estudios en escuelas ligadas a los hospitales, las enfermeras ejercían en los hospitales y los practicantes que estudiaban en las Facultades de Medicina los hacían en el ejercicio libre o ligado a las áreas de cirugía. Las matronas tenían sus propios centros de formación, las Escuelas de Parteras vinculadas a los hospitales maternales. (Siles 1996:38, 2.4).

Estas primeras Leyes nos sitúan ante tres tipos de profesionales, el practicante, la enfermera y la matrona. Las tareas encomendadas a cada uno de ellos, nos permiten tener una idea más objetiva para enjuiciar el desarrollo histórico de la profesión. Las primeras Escuelas de Enfermeras que se crean en España es la fundada por el Dr. Rubio Galí en Madrid en su Instituto de Técnica Operatoria en 1880. La Cruz Roja en Madrid (1917); en Barcelona, la del Montepío Santa Madrona (1917) y la fundada por la Mancomunidad de Catalunya (1917). En 1916 aprueba su Reglamento La Casa Salud Santa Cristina de Madrid que fue la primera escuela de matronas.

En 1944 se crean los Colegios Oficiales de Auxiliares Sanitarios y el Consejo General de Colegios que acogían a practicantes, enfermeras y matronas.

4.1.6. Etapa profesional desde 1950 hasta 1977

Hasta la primera mitad del siglo la Enfermería tiene una imagen muy prestigiosa en el mundo occidental debido a su trabajo en las campañas militares, representada por mujeres que ayuden y consuelen, con una gran destreza técnica y vocación científica. *"La disciplina enfermera en el momento actual. La etapa profesional en España (específicamente Catalunya). Profesionalización del cuidado, campos de actuación de la enfermera". (Domínguez-Alcón 1986:104-105)*

La situación se puede decir, que se estabiliza tanto en la docencia como en la práctica hasta 1952 que el Decreto de 27 de junio de 1952 unifica los estudios de las tres ramas de la enfermería en un sólo tronco común, estos estudios da lugar al título de Ayudante Técnico Sanitario (ATS). Este cambio supuso un aumentando del nivel educativo previo que se exigía para cursar los estudios (4 años de Bachillerato y Reválida). Las Directrices vienen marcadas por el Ministerio de Educación Nacional. Hasta el año 1972, las mujeres se forman en escuelas en régimen de internado vinculadas a los hospitales (99% de los casos) y los hombres en las Facultades de medicina. Las comadronas pasan a ser una especialidad de los ATS. En 1958 una Orden Ministerial equipara el título de practicante por el de ATS, las enfermeras en 1976 todavía reclamaban su equiparación.

En 1970 se promulga la Ley General de Educación y en 1976 se crea la Comisión Interministerial para la Reforma de los Estudios de Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS). En 1977 se logra la integración en la Universidad, y a la vez, la unificación colegial. En 1978 la Conferencia de Alma-Ata con su lema de trabajo “salud para todos en el año 2000” supuso una gran repercusión para la enfermería.

En el documento Proyecto de Reforma de las Directrices para la elaboración de los Planes de Estudio de Diplomado en Enfermería de mayo de 1987, se pone de manifiesto que esta reglamentación supone un paso importante en el desarrollo de la profesión por las siguientes razones: *“Significaba la unificación en una sola carrera de todos los profesionales que se dedicaban a la Enfermería, dando origen a un profesional en cierto modo distinto, pero que venía a representar la suma de las funciones desempeñadas hasta entonces por los practicantes, matronas y enfermeras”*. (Análisis del documento Proyecto de reforma de las directrices para la elaboración de los planes de estudios de diplomado en enfermería. Grupo IX del Consejo de Universidades, Subgrupo de Enfermería. Madrid, mayo 1987).

“Los estudios adquieren un mayor nivel, no sólo en los contenidos del Plan de Estudios, sino también en la exigencia previa de estudios cursados, que se fijó en cuatro años de bachillerato - (Bachillerato Elemental). Se estableció definitivamente la vinculación de la Escuelas, como Escuelas Profesionales, a las Facultades de Medicina, siendo posteriormente considerados los estudios de Ayudante Técnico Sanitario como de grado medio, por Orden del Ministerio de Sanidad y Seguridad

Social, de 12 de junio de 1979". "Las enseñanzas tenían contenidos teóricos y prácticos, de cumplimiento obligatorio, debiendo seguir todas las Escuelas las directrices marcadas por el Ministerio de Educación Nacional. Esto aseguraba que todos los profesionales recibían una enseñanza similar, con un número determinado de horas teóricas que se complementaban con las prácticas correspondientes".

Grupo IX del Consejo de Universidades, Subgrupo de Enfermería. Madrid, mayo 1987).

El número de Escuelas de Enfermeras que se transforman, según Orden Ministerial, de 11 de julio de 1955, en Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios femeninos y vinculadas a las Facultades de Medicina, eran 23, adscritas a los distritos Universitarios y sin dependencia patrimonial del Ministerio de Educación y Ciencia. Las Escuelas femeninas dependen de los hospitales Clínicos y las masculinas de las Facultades. Ante el vertiginoso desarrollo de la red hospitalaria (creación de 131 hospitales de la Seguridad Social) desde el año 1951 hasta 1977, el Instituto Nacional de Previsión con el fin de responder a la demanda de profesionales crea 169 escuelas repartidas por toda la geografía, allá donde habían Residencias Sanitarias.

Estos hechos tienen como consecuencia en el plano profesional que con la elevación del nivel de estudios mejora la calidad asistencial y la unificación de los estudios generó un mayor número de profesionales, como consecuencia, los antiguos practicantes ejercen en el hospital y se va reduciendo la presencia de las órdenes religiosas. En el plano social, se revaloriza la profesión de enfermería como profesionales técnicos y pierde su condición de vocacional. En el plano educativo, es el inicio del desarrollo español, las generaciones nacidas en los años posteriores a la segunda Guerra Mundial se incorporan al estudio, bien técnico o profesional; el bajo nivel de estudios para ingresar y la escasa oferta de estudios similares, produjo una masificación de las escuelas cuya orientación en la enseñanza el énfasis se ponía en función del Director de las mismas (Médicos).

La Ley General de Educación del 4 de agosto de 1970, ofreció a los estudios de Ayudante Técnico Sanitario dos posibilidades: Estructurarse como Formación Profesional de Segundo Grado o integrarse en la Universidad como Escuela Universitaria. Prácticamente todos los grupos profesionales se inclinaron por la segunda alternativa, a partir de aquí se inicia una intensa negociación con el Consejo de Universidades, a la vez que se pide la valoración de esta posibilidad, se

solicita ante la Administración la creación de las Escuelas Universitarias donde se obtuviera el título de Diplomado en Enfermería. El 22 de agosto de 1977 se publica en el Boletín Oficial del Estado (BOE), el Real Decreto 2128/1977 del Ministerio de Educación y Ciencia. De 23 de julio sobre la integración en la Universidad de las Escuelas de ATS como Escuelas Universitarias de Enfermería. La Orden del Ministerio de Educación y Ciencia, de 31 de Octubre do 1977, dicta las Directrices para la elaboración de los Planes de Estudios de las Escuelas Universitarias de Enfermería. Estas Directrices marcan una duración total de los estudios de tres cursos académicos, con un total de horas teóricas y prácticas de 4.600 horas (*Directiva 77/453/CEE del Consejo de 27 de junio de 1977, sobre coordinación, reglamentarias y administrativas relativas a las actividades de los enfermeros responsables de cuidados generales*). Esta es la duración que señala la Ley en su artículo 32.2 para los estudios que se cursan en el ámbito de Escuelas Universitarias. Esta es la duración que señala la Ley General de Educación, en su artículo 32.3, para los estudios que se cursan en el ámbito de las Escuelas Universitarias.

EL número de horas se fija en 4.600 horas para adecuarse al *Acuerdo Europeo sobre la instrucción u formación de las Enfermeras*, suscritos por los países miembros del Consejo de Europa y ratificado por las Directrices De Formación de los enfermeros de cuidados generales de 27 de julio de 1997. Queda claro que son 4.600 horas en tres cursos, habiendo estudiando previamente 10 años de educación general (Bachiller o similar).

Según el documento del Grupo IX, *“Las Directrices del Ministerio de Educación señalan que la proporción entre teoría y práctica en su totalidad no debe ser inferior al 50%. Los motivos; por los que se establece esta relación es la de asegurar que en las experiencias prácticas se integren los conocimientos teóricos así mismo, es la recomendada en el Consejo de Europa. El Ministerio de Educación publica la Orden de 20 de octubre de 1978 por la que se establecen las condiciones específicas a cumplir por las Escuelas Universitarias de Enfermería en los referente a Espacio, recursos, y calidad; al no ponerse en marcha el cumplimiento de esta ley, la disparidad y heterogeneidad de los Planes de Estudios desde 1977 y aún hoy, hacen que allá donde los planes de estudios estipulan como materia troncal de primer curso Fundamentos de Enfermería, existe Propedéutica Médico-Sanitaria, y así sucesivamente.*

Dada esta disparidad, es difícil pensar en que los Planes de Estudios que nos hablan de Teorías y Modelos, Proceso y Metodología, etc., se esté impartiendo en todas las escuelas con la misma intencionalidad e intensidad. (Grupo IX, 1987).

4.1.7. Marco Legal de los cambios curriculares y sus orientaciones

Tabla 4.1. Marco legislativo

1970 (BOE nº 187 de 6 agosto) Ley 14/1970 de 4 de agosto, General de Educación y Financiamiento de la Reforma Educativa
1970 (14/ de 4 de agosto) Ley General de Educación. En las Disposiciones Transitorias: Siete. Las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios se convertirán en Escuelas Universitarias o Centros de Formación Profesional, según la extensión y naturaleza de sus enseñanzas.
1970 (BOE nº 251 de 20 octubre) Ministerio de Trabajo, Orden de 30 de septiembre de 1970 por la que se aprueba la Ordenanza Laboral para la Enseñanza no estatal. En el Capítulo II, Art.5º Apartado B) Enseñanzas Medias comprende esta clase de enseñanzas de Ayudantes Técnicos Sanitarios.
1970: Cambio de los Estudios vigentes de Grado Medio con dos posibles salidas: 1ª) Formación profesional de Segundo Grado y b) Integración a la Universidad como Escuela Universitaria.
1970: Se orienta la formación de la enfermería a las escuelas de Formación Profesional.
1971 Jornadas sobre los estudios de Enfermería organizadas por el Colegio De Enfermería de Barcelona.
1973.- (BOE nº 231 de 26 septiembre) El Decreto 2293/73 de 17 de agosto, regula las escuelas Universitarias creadas por la Ley General de Educación. La Enfermería queda fuera de la Universidad.
1973 En el Segundo Congreso de Hospitales realizado en Barcelona se presenta una propuesta de integración en la Universidad: currículo básico, especialidades y Enfermería Superior o Licenciatura
1976 (marzo) Constitución de la Comisión interministerial para la reforma de los planes de estudios de los Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS)
1977 (BOE nº 200 de 22 de agosto) Real Decreto 2128/1977 del Ministerio de Educación y Ciencia de 23 de julio sobre la integración a la Universidad de las Escuelas de ATS como Escuelas Universitarias de Enfermería
1977(BOE nº 283 de 26 noviembre) Orden de 31 de octubre de 1977 del Ministerio de Educación y Ciencia por la que se dictan Directrices para la elaboración del Plan de Estudios de las EUE.
1978 (BOE nº de 20 octubre) de 13 noviembre 1987, se establecen las condiciones específicas que han de cumplir las Escuelas Universitarias de Enfermería (prácticas y locales)
1977: El cambio se concreta en: Ingreso en la Universidad con 12 años de formación entre Primaria y Secundaria; Equilibrio al 50% de las horas teóricas y prácticas; Formación más polivalente (promoción, prevención de la salud y curación y rehabilitación de la enfermedad; Cambio del enfoque de la Práctica (alejamiento del modelo biomédico por una visión más holística); y finalmente, la inclusión de asignaturas que ayuden a dar respuesta a las enfermeras en su práctica diaria.
1977 XXX Conferencia de Alma-Ata. Esta reforma incorpora el espíritu de la conferencia de Ama-Ata.
1978 (julio) primera revista de enfermería ROL: Informa sobre los procesos de cambio que está llevando a cabo el colectivo de enfermeras, sus experiencias docentes, profesionales y sociales. 1979: 1979 Creación de la Asociación Española de Enfermería Docente (AEED) La AEED se gesta como grupo de presión con la intención de conseguir mejorar la presencia de la enfermería en la Universidad.

Fuente: Elaboración propia.

El Ministerio de Universidades publica el Real Decreto 111/1980, de 11 de enero sobre homologación del título de Ayudante Técnico sanitario por el de Diplomado en

Enfermería. En su artículo 30 autoriza a ese Ministerio -a dictar las normas que considere precisas para establecer el curso de nivelación de conocimientos a efectos de convalidación académica del título de Ayudante Técnico Sanitario (ATS) por el de Diplomado en Enfermería (DE). Por Orden Ministerial de 15 de julio de 1980 se establece el curso que será impartido por la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).

En 1981 se inicia la convalidación de los ATS por el título de Diplomado en enfermería en el curso impartido por la (UNED)

Tabla 4.2. Otros datos de interés que ayudan a entender la situación:

A) El número de Escuelas y dependencias: Ministerio 16, Diputaciones 21, Ayuntamientos 1, Comunidades Religiosas 1, Colegios Médicos 1, Cruz Roja 5, Universidad de Navarra 1, INSALUD 41 y otras entidades privadas 5 que hacen un Total de 97. De las 41 Escuelas dependientes del INSALUD, en virtud del artículo 151 de la Constitución y de los propios Estatutos de Autonomía, se transfieren en el año 1.981 cuatro Escuelas a la Generalitat de Catalunya, y en 1984/ siete a la Junta de Andalucía.
De las treinta Escuelas que actualmente dependen del INSALUD, dos - están en proceso de amortización, curso a curso, hasta su clausura y siete no realizan ninguna actividad docente, a la espera de su clausura por el Ministerio de Educación y Ciencia.

B) Datos socio - profesionales
De los datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística y correspondientes a diciembre de 1981:

Número de habitantes	37.746.240
Número de enfermeras colegiadas	130.374
Número de habitantes por colegiado	295,5

C) Otros datos de interés:

• Jubilados	4.001 6.050	↳
• Invalidez total	2.058	
• Demanda de empleo	13.349	
• Enfermeras colegiadas	135.354	
• Titulados en el curso académico 1983/84	4.287	
• Ayudantes Técnicos Sanitarios que han obtenido la convalidación académica del Título de Diplomado en Enfermería desde El año 1980 a 1986	56.000	

Fuente: Grupo IX (1987) *Proyecto de Reforma de las Directrices para la elaboración de los Planes de Estudios de Diplomados en Enfermería.*

Un dato significativo es que desde el año 1980 en que se titula la primera promoción de Diplomados en enfermería hasta el año 1985 se titularon en España un total aproximado de 21.000 alumnos.

4.1.8. Historia más reciente de la profesión

4.1.8.1. Etapa profesional, la gran reforma de 1977

El Real Decreto 2128/1977 de 23 de julio sobre integración en la Universidad de la Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios como Escuelas Universitarias de Enfermería. Según el artículo Cuarta - uno de las disposiciones transitorias los profesores continúan siendo los mismos hasta la total extinción de las mencionadas enseñanzas. El 26 de noviembre se publica en el BOE la Orden del Ministerio de Educación y Ciencia de 31 de octubre de 1977 por la que se dictan las directrices de los Planes de estudios de las Escuelas Universitarias de Enfermería. En su artículo primero, se estipula:

1. Los planes de estudios se estructuraran en tres años o con un mínimo de 4.600 horas.
2. Las enseñanzas se distribuirán en las siguientes áreas de conocimientos:
 - Ciencias básicas
 - Ciencias médicas
 - Ciencias de la enfermería
 - Ciencias de la conducta
 - Salud pública

En este Real Decreto dispone que las escuelas de ATS de las Facultades de medicina se conviertan en Escuelas integradas Universitarias (Escuelas Oficiales) que en aquellos momentos eran 16, una por distrito universitario.

También se considera que aquellas Escuelas de dependían de otro organismo del Estado como el Instituto Nacional de Previsión quedaran adscritas, previa solicitud al rectorado de la universidad correspondiente, éste haría llegar un informe al Ministerio de Educación y Ciencia. Son todas las Escuelas de los Hospitales de la Seguridad Social, Diputaciones.

El resto de Escuelas quedan pendientes para una segunda fase, la mayoría siguieron la recomendación del decreto de impartir enseñanzas de Formación Profesional de la rama sanitaria.

En 1981, se aprueba el Curso de Convalidación del título de ATS por el de Diplomado en Enfermería.

Los pasos positivos de esta incorporación son: Los Planes de Estudios fueron elaborados bajo el consenso mayoritario de los colectivos profesionales, si en los últimos 25 años de formación de los profesionales de enfermería, ésta había sido eminentemente técnico - médica, este Plan de estudios cambiaba esta orientación y se dirigió hacia una visión integral del individuo sano o paciente/usuario, manteniendo la formación una fuerte tendencia a la adquisición de conocimientos y habilidades técnicas. Otro punto positivo fue que al integrarse en la universidad, permitió incorporar las bases metodológicas que hicieran posible la realidad de la Enfermería como una ciencia.

La puesta en marcha de estos estudios en la universidad también tuvo inconvenientes; la dependencia de la titulación de las Facultades de medicina, la dirección de las Escuelas y la responsabilidad docente recaía en los médicos; por otra parte, al ser una titulación nueva de nivel universitario, los profesionales de enfermería que impartían docencia no tenían una titulación de nivel universitario, de manera transitoria se les habilitó para impartir docencia, pero la incorporación de manera masiva de nuevo profesorado no fue posible, pues sólo un número pequeño de enfermeras poseía otro título universitario superior.

Una muestra de esta situación es lo que dice el artículo cuarto del Real Decreto 2128/77 (BOE 22 agosto 1977), sobre "Integración..." respecto a la composición de la Comisión Gestora que nombrará el Rector de cada Universidad con el fin de dirigir el desarrollo de la integración, donde se incluye elaborar el Plan de Estudios y asignar la docencia, la composición era la siguiente: cuatro profesores numerarios de la Facultad de Medicina, de los cuales, uno será catedrático de Universidad y serán de Departamentos afines a estas enseñanzas, nombrados por el Director de la

Escuela que se integra un profesor y un alumno, y finalmente un representante del Colegio Profesional.

Este contexto desfavoreció la aprobación inmediata de los diferentes Planes de Estudio, algunos tardaron cinco años en ser aprobados, uno de los motivos podía ser el vacío de profesorado y el esfuerzo que tuvo que hacer el profesorado compuesto básicamente por enfermeras que tomó las riendas de estructurar, dar forma y contenido a los estudios de la titulación.

Esta situación tan poco homogénea, se fue articulando en la medida que tanto en la Dirección de las Escuelas y la responsabilidad docente permitió incrementar la presencia de profesorado enfermero, la creación de los Departamentos de Enfermería y también la reforma de los planes de estudios en los años noventa. Actualmente todavía en proceso de adaptación de las últimas reformas, se podría destacar las líneas más innovadoras propuestas en el año 1977: visión integral, salud pública, se abre camino con dificultad o esperan tiempos más propicios. La corriente conceptual médica se consolida y le desarrollo de la ciencia enfermera sin prisa pero sin pausa.

4.1.8.2. Etapa profesional desde 1977 hasta el proyecto de reforma del Grupo IX

Según Rodríguez y Guillen (1992: 9-18), todos los expertos en profesiones coinciden en que una profesión es un grupo profesional con una pericia especial, basada en un aprendizaje extenso y en un conocimiento abstracto. Las características del conocimiento abstracto como fuente de poder es el elemento central de los análisis y teorías más novedosos. Tanto Derber como Freidson y Abbott coinciden en señalar la importancia del conocimiento abstracto como elemento definidor clave de la profesión. Sólo un sistema de conocimiento gobernado por la abstracción puede redefinir (el subrayado es mío) continuamente los problemas y tareas profesionales, defenderlos de los competidores y conquistar nuevos problemas. El conocimiento abstracto es la pieza fundamental para el mantenimiento de la autonomía profesional (Freidson) y las posiciones de poder y privilegio en la sociedad y la organización (Derber). Para Abbott, la abstracción

asegura la supervivencia en un sistema de profesiones competitivo. La innovación más importante del trabajo de Abbott...el tema central del desarrollo de las profesiones está ligado a las relaciones interprofesionales y al contenido de la actividad profesional. Las características formales de las profesiones no tienen sentido si no se entiende su contexto. Y ese contexto nos hace volver siempre al poder de los sistemas de conocimiento profesional y su capacidad para definir problemas.

Justificación de la reforma de las directrices para la elaboración de los planes de estudios de enfermería. Necesidad de profundizar en los conocimientos abstractos, la formulación de problemas enfermeros y la contención de los límites de sus competencias que otras profesiones reclaman.

La Ley de Reforma Universitaria, la Ley General de Sanidad, así como el Proyecto de Reforma de las Enseñanzas Medias, son fruto de los cambios que en los últimos años se vienen experimentando en la Sociedad y por tanto, en la Universidad, la Sanidad y la Educación.

En los diez años transcurridos desde la integración de los estudios de Enfermería en la Universidad hasta el Proyecto de Reforma de las Directrices del Plan de Estudios, se produjo una serie de cambios sociales, económicos, políticos y educativos que hicieron necesaria la revisión de los planes de estudios. Estos cambios con repercusión en la salud son: aumento de la expectativa de vida, aumento de paciente/usuarios crónicos, discapacitados, nuevas patologías, nuevas enfermedades ligadas al estilo de vida, etc. Las nuevas tendencias sociales, los cambios demográficos y epidemiológicos y, sobre todo, el cambio político y económico de los años 80 generó una preocupación que desembocó en la nueva Ley de Sanidad del 25 de abril de 1986 dando prioridad a la atención primaria para coordinarse con el resto de los 32 países que forman la Región Europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS). De la reunión de febrero de 1980 se definió como objetivo *La salud para todos en el año 2000*.

Para llevar a cabo el ideario de esta Ley también se necesitaba del concurso de nuevas formaciones de los profesionales. Por ello, la OMS propuso una serie de

objetivos:

1. Relacionados con la mejora de la salud
2. Relacionados con el estilo de vida
3. Relacionados con el cuidado de salud apropiado
4. Que incluyen medidas para promover el cambio, tales como preparación del personal de salud, sistema educativo e investigación.

La promulgación de la Ley de Reforma Universitaria posibilitó el marco para encuadrar los estudios de Enfermería, en su artículo 30 establece los tres ciclos Universitarios, el primero dará el título de Diplomado, el segundo de Licenciado y el tercero de Doctor. La Comunidad Económica Europea recomienda: para las enfermeras responsables de cuidados generales una duración de 4.600 horas, repartidas entre enseñanzas teóricas y prácticas. La enseñanza teórica consiste en conocimientos, habilidades de comprensión, las aptitudes profesionales necesarias para planificar, prestar y evaluar los cuidados globales de salud. Las prácticas, consistentes en planificar, prestar y evaluar los cuidados dentro de un equipo de salud y dirigidos a personas, familias y comunidades.

Para el sociólogo y experto en profesiones J.A.Rodríguez: (1990:88) *“Los cambios en la sociedad, y la nueva sociedad que de ellos surge, representan una nueva estructura de oportunidades y limitaciones para las profesiones y especialmente para la profesión de enfermería. Las fuerzas que afectan a la profesión de enfermería son múltiples: externas (globales de la sociedad), estructurales del sistema sanitario, e internas de la profesión. Paralelamente a los cambios sociales más generales, debemos destacar también los cambios profundos en los sistemas organizativos, con sus consiguientes efectos sobre el papel y las características de la profesión de enfermería”*. Canals (1985:117) corrobora la necesidad de estos cambios cuando explica que las enfermeras se han de expertizar y diversificar sus tareas para ser atractivas al mercado laboral.

En la actualidad, y paralelamente a los cambios sociales más generales, se han de destacar también los profundos cambios en los sistemas organizativos del sistema sanitario y por extensión, el consiguiente efecto sobre el papel y las características de la profesión de enfermería. Hoy, se pide a la enfermera respuestas y soluciones concretas, un elevado nivel de conocimientos profesionales, una fuerte implicación

en los temas que afectan a la salud, una actitud claramente positiva de mediación y búsqueda de soluciones. Se pide en definitiva, profesionalización.

Esta nueva cultura, requiere el concurso de todos los profesionales. Conseguirlo es el reto y la responsabilidad del colectivo enfermero. Como dice Leininger (1985):

- *“Si las enfermeras colectivamente no valoran el cuidar, y no lo consideran lo más importante, ahora y en el futuro el cuidar puede no prevalecer como esencia de la enfermería. En el marco institucional, la valoración del cuidar tiende a tener menor entidad que la tecnología u otros aspectos. Las enfermeras mostramos una tendencia a valorar factores diferentes a aquellos esenciales de nuestra profesión”.* (Leininger 1985:209-212).
- En las Jornadas celebradas a Barcelona sobre *Els canvis en el sistema de salut i el seu impacte en el treball infermer*, organizadas por la Asociación Española de Enfermería Docente (AEED) y la Escuela de Enfermería Vall d'Hebron en la ponencia *“Els canvis i el treball infermer: el futur de la pràctica professional”* se exponía una visión del futuro de la práctica profesional de enfermería, poniendo el énfasis en tres puntos básicos, la situación del colectivo de enfermería, la situación socioeconómica y los cambios en el rol profesional. Zapico (1995).

Como conclusión tanto la situación y rol del colectivo profesional quedó plasmado por diferentes ponentes que pasa por un cambio de paradigma, esto significa no una pérdida, sino una ganancia, pasar del modelo biomédico al paradigma enfermero comporta complementar no disgregar. Aquel que tenga en cuenta que su desarrollo, prestigio y reconocimiento pasa por el respeto a los derechos de la sociedad a la que presta sus servicios es el profesional del futuro y para ello ha de contemplar la situación Sociosanitaria.

Esta nueva visión comprende una teoría de sistemas o integral, sobre la vida, la mente, la conciencia, y la evolución; el correspondiente enfoque holístico de la salud y la enfermedad. Se trata de lo que hoy se conoce como un "cambio de paradigma": un cambio profundo de la mentalidad, los conceptos y los valores que forman una visión particular de la realidad.

- *“La salud tiene prioridad dentro de los valores de la sociedad, a medida que evoluciona el concepto de sociedad, evoluciona el concepto de salud, las personas ven su salud como un estado funcional de la vida. El conocimiento cada día más amplio de los derechos de la persona viene avalado por los Derechos y Leyes: Derechos Humanos, la Constitución Española, Los Derechos de los Niños, y Los Derechos de los Usuarios.*

Estos conocimientos por parte de la población, hacen que ésta sea cada vez más exigente con las actuaciones del personal sanitario que no preservan sus derechos de: Autonomía, Libertad, Veracidad, Privacidad, Beneficencia y Fidelidad”. (Zapico 1995).

El alto grado de desarrollo tecnológico ha propiciado un aumento de población con múltiples problemas crónicos de salud, que no necesariamente viven con la calidad de vida que les hace potencialmente participativos en sus decisiones de salud, reconocido este derecho como irrenunciable por la sociedad pero mal gestionado. Afortunadamente, los colectivos y asociaciones son un buen vehículo para favorecer el cambio. En 1997 editado por el Consell de Col legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya aparece el documento marco sobre "Competències de la professió d'infermeria" elaborado por la comisión de enfermería del Consell Català d'especialitats en Ciències de la Salut.

Del análisis del mismo se desprende:

- Pretende un alto nivel de control (técnico, organizativo e ideológico) sobre su producto - servicio, a la vez que un alto nivel de control (monopolio) sobre una parcela del mercado de servicios.
- Hablar de enfermería comunitaria, de enfermería de intermediación (colaboración), de enfermería individualizada, es hacer referencia precisamente al mercado de servicios propios de la enfermería, a la base sobre la cual articular la profesión.

Profesión, que como a tal, ha de construir su jurisdicción mediante:

- la unificación y estandarización de la oferta (configuración de un solo colectivo profesional, estandarización profesional y control de entrada a la profesión),

- la estandarización del producto (definición de tareas y estandarización en los procesos de diagnóstico y tratamiento de las situaciones),
- Creación de un cuerpo de conocimientos científicos propios (generados y controlados por la profesión) que permitan definir las tareas y la forma de realizarlas.

Estos son los elementos estructurales e ideológicos que cualquier profesión utiliza para aumentar el control sobre el mercado de sus servicios y su autonomía con respecto a otros colectivos y especialmente del Estado y las organizaciones. En junio de 2002 el Institut d'Estudis de la Salut edita *Competències de Professions Sanitàries*, donde quedan reflejadas las anteriores de enfermería, en mayo de 2003, el Departament de Sanitat i Seguretat Social edita el *Llibre Blanc de les professions sanitàries a Catalunya* donde se perfilan los ejes de actuación y las estrategias de futuro que en definitiva pasan por ser experto, solidario y acogedor de los usuarios de los servicios sanitarios, líneas maestras del Institut Català de la Salut (ICS). En mayo de 2003 con soporte del Departament de Sanitat i Seguretat Social el colectivo de Auxiliares de enfermería edita *Competències i línies generals d'actuació de les Auxiliars d'Infermeria* donde se perfilan los ejes de actuación y las expectativas de futuro de la profesión. Al profesional de enfermería como dice Leininger, se le estrecha el campo de los cuidados. Indudablemente se están perfilando nuevos campos de prácticas y de competencias. Este nuevo campo precisa de un nuevo marco teórico que guíe los nuevos planes de estudios enfermeros. Este nuevo marco es lo que se denomina marco conceptual de la práctica enfermera; que Fawcet (1995) en Kérouac, S. et al (1996), denomina metaparadigma y que son la persona, la salud, el entorno y las propias acciones de enfermería. Estos cuatro conceptos configuran los llamados fenómenos nucleares de la disciplina, la definición de cada uno de estos conceptos está en función de la teoría de partida, los valores y las creencias desde los que han sido definidos.

En la actualidad, el objeto de enfermería puede ser definido desde un punto de vista filosófico, psicológico, antropológico, etc., y, cada uno de ellos dará paso en términos que Khun (1962) denomina paradigmas, a las diferentes orientaciones paradigmáticas y escuelas de pensamiento conceptual diferente. Estas aportaciones de otras disciplinas para dilucidar y poner en marcha la ciencia enfermera han ayudado a definir el arte de cuidar, veamos algunos ejemplos:

- Domínguez - Alcón (1989), desde una perspectiva sociológica nos define cuidar como un fenómeno universal que se expresa con acciones y esas acciones son diferentes según las distintas culturas, por parte de quienes dan cuidados y de quienes los reciben, según las personas, experiencias y significados. Cuidar es tan familiar que es muy difícil definir. En cualquier caso, se ha profundizado muy poco en el concepto global del cuidar.
- Roach (1984) en Forrest (1989), es el exponente de lo que cuidar significa desde una perspectiva filosófica. Cuidar es una forma humana de ser, esta percepción incluye una ontología de cuidar. Ésta se pregunta cuál es la naturaleza de cuidar y en su respuesta nos sugiere que cuidar requiere:
 - Capacidad de cuidar. Vocación, capacidad para uno mismo y para otros.*
 - Capacidad de respuesta. Actualización de esta capacidad de cuidar.*
 - Manifestación de los cuidados en actos concretos.*

La idea central es que el deseo de cuidar es humano, pero la capacidad debe reafirmarse y actualizarse. La conducta de cuidar se manifiesta a través de atributos de compasión, competencia, confianza, consciencia y compromiso.

- Watson (1985) en Forrest (1989), desde una perspectiva psicosocial nos describe cuidar como un arte y una ciencia. Es una relación interpersonal. Watson describe la combinación de intervenciones como factores que tienen la virtud de ayudar a crecer y éstos se actualizan a través de intenciones, valores y compromisos de las enfermeras.
- Desde la Antropología Leininger (1985) en Forrest (1989), reclama que el fenómeno de la enfermería puede ser explicado mediante el concepto de cuidar. Cuidar es un arte humano, un fenómeno universal, sus patrones, procesos y expresiones varían en las diferentes culturas. Las implicaciones para la práctica enfermera provienen de las diferencias culturales en cuanto a significado, naturaleza y expresión del cuidar.
- Gaut (1986) en Forrest (1989), identificó tres condiciones para describir la acción de cuidar:
 - a) Conocimiento del paciente/usuario identificando las necesidades de cuidado y conocimiento de lo que se debe hacer.
 - b) Llevar a cabo la acción basada en el conocimiento.

c) Evaluar la acción en términos de bienestar y beneficio para el paciente/usuario.

4.1.9. Situación actual: nuevas necesidades para crecer

Para ello, la profesión reitera la necesidad de incorporarse a la Universidad como una licenciatura de 2º Ciclo. En la actualidad la Universidad de Alicante ha presentado la aprobación de la licenciatura en Enfermería como título propio. De la carga lectiva total (150 créditos), destacan los créditos dedicados a profundizar en gestión de recursos sanitarios, a investigación y cuidados de enfermería. De estos 150 créditos, 12 son para la Economía de la salud, 18 para la investigación, 9 para teoría y método en enfermería 15 para cuidados de enfermería ante las nuevas demandas sociales. La Universidad de Barcelona lo puso en proyecto de cara al año 2000 y ya lo ha puesto en práctica como estudios propios.

Descrito el escenario, la necesidad de unificar el conocimiento (ya que no todos los planes de estudio tienen los mismos créditos y por lo tanto eso repercute en la orientación y contenido, además de que no todos los que imparten los conocimientos son profesionales de enfermería. Blasco,R.M. (1989) en una mesa redonda de la AEED bajo el lema Escuelas de Enfermería plantea que de las 112 Escuelas de Enfermería 97 adscritas y 15 integradas en la Universidad, el profesorado de éstas últimas es de: 120 médicos de los cuales 21 son catedráticos, 119 enfermeras y hasta 29 resto de profesiones. De todas formas los resultados son muy buenos teniendo como punto de partida la situación anterior, los estudios de Ayudante Técnico Sanitario (ATS) cuya formación corría a cargo de los médicos en su totalidad.

Esta necesidad de unificar el conocimiento, unido a la necesidad de unificar en un sólo cuerpo profesional, definir y mantener las jurisdicciones y garantizar los estándares de conocimientos y tareas que les corresponden es una de las metas de las Asociaciones de Enfermería españolas.

En 1995 en las Jornadas sobre “Els canvis en el Sistema de salut i el seu impacte en el treball infermer”, organizadas por la Asociación Española de Enfermería Docente (AEED) y la Escola Universitària d'Infermeria Vall d'Hebron, en la ponencia “*Els canvis i el treball infermer: el futur de la pràctica professional*” se exponían los *Cambios docentes necesarios para abordar con efectividad el futuro profesional (Zapico 1995)*

- La filosofía que se desprende de los nuevos planes de estudios de la carrera de enfermería, ha posibilitado pasar de un proceso formativo basado en la Ciencias médicas y la experiencia profesional adquirida a lo largo de la historia a un proceso formativo en el que las Ciencias Humanistas, no tan sólo la Medicina han venido a configurar el perfil curricular y con ello, una nueva visión de la realidad.

En la actualidad, partimos de un concepto de la persona como un ser autónomo, con capacidades de decidir por sí mismo y emprender las acciones que cree más convenientes que le permiten cuidarse, crecer y comunicarse. Esta nueva concepción de la persona, necesita de una nueva actitud ante la demanda que presenta en cualquier ámbito de la vida, es decir, ha pasado de ser considerado un ente pasivo a ser un ente activo con todas las repercusiones que esto conlleva, no sólo en el plano individual sino social.

“Si nos atenemos a las nuevas orientaciones en enfermería, hemos de diferenciar los cuidados culturales ligados al género cuyo énfasis son las creencias, valores y prácticas de la gente, de los cuidados culturales competentes, es decir aquellos que según la fenomenología son universales y culturalmente específicos del cuidado. La competencia cultural requiere conocimientos, habilidades y actitudes a la hora de dar cuidados competentes a la gente”. Pacquiao (2003).

Los profesionales docentes, como cualquier otro colectivo, no ha de estar de espaldas a esta nueva realidad y, por lo tanto, debemos de dar respuesta en el ámbito que nos es propio, es decir, en los programas docentes y en generar nuevas estrategias que nos permitan formar futuros profesionales adecuados a las exigencias del mercado laboral en franca competencia como el resto de las disciplinas que ofertan sus servicios al consumidor.

Este cambio se ha de dar a dos niveles:

1. Contenidos teóricos
2. Estrategias pedagógicas

Con en el fin de dar respuesta en el ámbito laboral -relación proveedor de cuidados y comprador de los mismos-, los contenidos teóricos deben poner el énfasis en aquellos conceptos que ayuden a identificar el producto enfermero, aquello que le es propio y diferente de cualquier otro profesional sanitario.

Dentro del plan de estudios, las asignaturas que orientan su estrategia formativa a abordar el cuidado integral y a definir el producto enfermero, son:

- Enfermería del Niño
- Enfermería del Adulto
- Enfermería Materna
- Enfermería del Viejo

Todas y cada una de ellas, basan sus objetivos en detectar las necesidades en materia de salud de la población objeto de estudio desde una perspectiva filosófica - un modelo de cuidados- que orienta las acciones específicas que ayudan a resolver las demandas de cuidados enfermeros. El resto de las asignaturas, instrumentales en el proceso formativo curricular, orientan y complementan en tanto que perfilan la filosofía del cuidado y las estrategias más adecuadas para dar una respuesta profesionalizada (definición del producto).

- Filosofía del cuidado
- Administración del cuidado
- Evaluación de los resultados
- Metodología e Investigación -Validación del paradigma de cuidado-

Desde esta perspectiva, como docentes en Ciencias de la enfermería, se ve la necesidad de reorientar las estrategias pedagógicas que ayuden a dar una respuesta más eficaz a las demandas de los estudiantes de la Escuela Vall d'Hebrón como paciente/usuarios en materia formativa que les faculte para integrarse en un mercado laboral progresivamente cambiante.

Esta estrategia no está sólo orientada a dotar de las habilidades y actitudes que emanan del Código Deontológico de la propia disciplina sino, además, ayudar a adquirir una visión integradora de la misma, es decir, capaz de ser creativa, innovadora y adecuada a las demandas de la población.

4.1.9.1. Estrategias de cambio:

Filosóficas

Formar a un adulto es favorecer el devenir global de su personalidad y, partiendo de su experiencia vivida y de sus conocimientos adquiridos, permitirle adquirir los elementos de todos los órdenes que le darán la posibilidad, modificando su trato social, de una realización más completa de su propia persona en una adaptación auténtica y realista para sí mismo a su medio. (Goguelin 1970)

Esta concepción abierta y existencial de la pedagogía de los adultos, se caracteriza por:

- Que el estudiante pueda expresar sus necesidades y hacerlas evolucionar partiendo de lo que se exige y permitiendo a cada uno seguir el camino que prefiera.
- Favorecer los intercambios, la discusión, la educación mutua partiendo de las representaciones de los mismos participantes.
- Adecuar el programa de manera progresiva con el fin de que pueda conseguir cumplir los objetivos del mismo en función de sus conocimientos.
- Hacer partícipe al estudiante de la evaluación de los resultados.

Metodológicas

Thorpe y Schmuller (1956) estiman que aprender consiste en una modificación sistemática, o sea, en una dirección determinada, de conducta, en caso de repetición de una misma situación, o aun, en dependencia de la experiencia anterior de una situación dada. Además, distinguen dos tipos de aprendizaje, el aprendizaje por ejercicios y el aprendizaje por transmisión.

A tenor de las referencias que estos autores nos aportan sobre los trabajos de los psicólogos sobre los procesos del aprendizaje por ejercicios, podemos observar una

serie de reglas capaces de mejorar la eficacia pedagógica que podríamos resumir en:

- Motivan al interesado a emprender el aprendizaje.
- Permiten ajustar el aprendizaje al nivel de madurez del individuo, es decir, a su capacidad física e intelectual de cumplir las actividades pedidas.
- Permite la preparación por la persona de relaciones significativas entre los elementos del fin al cual se encamina el trabajo.
- Permiten la evaluación constante por la persona de los progresos gracias a criterios precisos.
- Le dan a la persona la posibilidad de tener experiencias satisfactorias, de modo relativo, tanto personal como socialmente.

La formación debe, pues, de hecho, permitir a la vez el paso de un nivel X a un nivel Y por medio del aprendizaje, pero también el desarrollo cultural del individuo. Debe favorecer en efecto el cambio de adaptación entre la persona y su medio (cambiante, como es el mundo laboral). Debe especialmente permitir al alumno que pase de la cultura impresionista, "mosaicos" que diría Moles, a una cultura coherente, lo que también es un problema tanto de método como de contenido, de ahí la necesidad de estructurar los contenidos de las asignaturas en una espiral creciente y cohesionada.

Si el aprendizaje debe permitir esta estructuración, métodos como la "autoformación asistida" deben, desde nuestro punto de vista, favorecer este desarrollo cultural, por lo tanto una mayor integración en el medio y un mayor rendimiento en el mercado de trabajo.

4.2. Perspectivas de futuro: definir las tareas

Si nos atenemos a las dificultades de definir una profesión (Freidson, 1994) yo situaría a la enfermería en el grupo de ocupaciones que intentan mejorar su escaso prestigio y debilitada posición económica.

La necesidad de una formación universitaria de segundo y tercer ciclo, un desarrollo de la práctica basada en la evidencia científica disponible (Icart Isern 1998). Una investigación que favorezca la conquista del poder profesional (Alberdi 1998) es lo que se necesita para crecer. La actualidad, la podemos resumir en tres puntos clave:

- La existencia de corporaciones sin un proyecto global
- Líderes reconocidos en espacios concretos y que adolecen como las corporaciones, de la falta de un proyecto profesional
- Pocas enfermeras con prestigio a consecuencia de la falta de reconocimiento, por parte del colectivo, de su competencia en cualquier ámbito profesional.

La estrategia pasaría por abordar las relaciones con las corporaciones (afiliados, socios, colegiados) exigiendo un proyecto profesional que justifique cada una de sus actividades, así como, que los líderes actúen de acuerdo con un proyecto profesional y que sus acciones estén siempre encaminadas a consolidarlo y difundirlo y que lideren, o sea que conduzcan el grupo hacia una posición de avance, como si fuesen directores de orquesta.

La primera hipótesis que planteo es que las tareas profesionales han avanzado y este avance está en relación con la formación universitaria de los últimos veinte años.

Rosette Poletti y Bárbara Dobbs (ROL junio 1998), se preguntan, una vez que el proceso científico de resolución de problemas se enseña y practica ampliamente, ¿Qué queda por hacer? ¿Qué evolución podemos vislumbrar para responder a las necesidades de los europeos en los 20 años venideros?

Para estas autoras, serán aquellos que vienen a reconocer que el ser humano busca perpetuamente llevar a cabo cinco tareas esenciales en su vida:

1. Darle sentido a su pasado, desarrollar y afirmar su identidad.
2. Integrarse socialmente, buscar una coherencia, una seguridad.
3. Construir proyectos, abrirse al futuro, esperar.
4. Adaptarse, afrontar el estrés, la enfermedad, los cambios, el envejecimiento. Y finalmente y sobre todo:
5. Darle sentido a la vida.

La relación cuidador-cuidado ha de pasar de "tener cuidado" a "dar cuidado" dando el soporte que permita conseguir mejor las cinco "tareas" de la vida.

Cuidar de su salud, sanarse cuando se está paciente/usuario, aceptar vivir con un handicap, envejecer en buenas condiciones... todo eso sobrepasa la dimensión habitual de los sistemas de salud basados en el modelo médico. Esto significa ser cuidado desde la perspectiva del "caring", que no es más que proporcionar cuidados, de forma responsable, coherentes con la cultura y que encajen con las necesidades, valores, creencias y realidades culturales del modo de vida del paciente/usuario.

Leininger (1991) en Marriner (2002).

La segunda hipótesis es que las tareas que han hecho avanzar las prácticas de las enfermeras están relacionadas con el proceso de resolución de problemas y toma de decisiones.

La tercera hipótesis es que las actividades de cuidado son muy difíciles de identificar porque corresponden a ideas abstractas.

4.3. Contrastación de las hipótesis

En un trabajo de consumo interno dentro de la Institución, en el trabajo propuesto por la Dirección para diseñar la Filosofía de la escuela, mi propuesta: *El trabajo enfermero: una visión de futuro* fue la escogida para iniciar el debate. La elaboración final quedó como sigue:

Concepto de persona: Es una unidad de ser concreta, esencial, un sistema autoorganizado que presenta un alto grado de estabilidad, ésta, es extremadamente dinámico y se caracteriza por fluctuaciones múltiples, constantes y recíprocamente dependientes. Esta estabilidad la obtiene a través de varios procesos (autoconservación, autotransformación y autotranscendencia) que le permiten respuestas creativas de aprendizaje y crecimiento para hacer frente a los desafíos ambientales. Parto de la Teoría General de Sistemas y de las Fenomenología.

En 1944 se crean los Colegios Oficiales de Auxiliares Sanitarios y el Consejo General de Colegios que acogían a practicantes, enfermeras y matronas. En 1952 unificación de los estudios (ATS). 1977 Integración en la Universidad, Unificación colegial y 1978 Conferencia de Alma-Ata (repercusión muy importante para la enfermería).

V. Henderson nos dice que cuenta con 14 necesidades básicas comunes a todo ser humano y que la manera de llevar a cabo las actividades para satisfacerlas varían en razón de pautas culturales. Parte de las Necesidades Básicas.

- *Concepto de salud:* el concepto integral de salud implica una actividad y un cambio continuos en los que se refleja la respuesta creativa del organismo a los desafíos ambientales.

La salud como proceso continuo es un fenómeno multidimensional que abarca una serie de aspectos físicos, psicológicos y sociales recíprocamente dependientes. Estas múltiples dimensiones suelen influirse mutuamente y la sensación más fuerte de bienestar entendido éste como la ausencia de desazón e incomodidad indefinible se obtendrá cuando estas dimensiones estén bien equilibradas e integradas.

V. Henderson nos define la salud en términos de independencia de la persona en la satisfacción de las catorce necesidades fundamentales.

- *Objeto de enfermería:* partiendo de Kant, objeto de conocimiento es la relación entre objeto-sujeto y de la fenomenología: aquello que es de algún modo representado. Planteo como objeto: ayudar a expresar los requerimientos en relación con la salud - enfermedad, facilitar la comprensión del proceso para colaborar en su propia sanación, inculcar el sentido de protagonista en la consecución de su propio bienestar.

Henderson nos sugiere suplir los déficits de autonomía para poder actuar de modo independiente en la satisfacción de las necesidades fundamentales.

Llegados a este punto, qué queda por elaborar para completar el ideario del modelo basado en la fenomenología, pues bien, lo más importante, los supuestos teóricos, proposiciones específicas que guíen la acción de las enfermeras. Pasados más de

veinticinco años del ingreso en la Universidad, uno se pregunta si es tan fácil elaborar un marco conceptual y, sobre todo, si es tan fácil ponerlo en marcha.

En cuanto a su elaboración, a la primera pregunta deseo contestar con las revisiones hechas: según Manuel Esteban (Sevilla AEED 1992), en su conferencia sobre *La construcción de una Disciplina*, ya alerta de varios handicaps que tienen que ir superando los enfermeros: enfermeros es un profesional en busca de identidad, los profesionales presienten, saben, de desarrollan una tarea que tienen algo específico y propio que no se encuentra implicado en las profesiones del mismo ámbito, teniendo un mismo objeto común, la persona. Teniendo la Enfermería una historia tan rica sobre sus prácticas, ¿por qué y para qué necesita la Enfermería constituirse como disciplina? ; para Esteban, por que una disciplina explica e implica. Es decir explica, describe, analiza y confiere unas referencias ordenadas y sistemáticas a la vez que interactivas con otros campos disciplinares, sin dependencias exclusivas. Implica mediante la ética, los procedimientos, por tanto implica en el desarrollo y sistematización de una práctica, en el diseño de una tecnología orientada a un fin. La Historia de la Ciencia da testimonio de que la constitución de modernas disciplinas con estatuto científico cuentan con un largo pasado, secular, de quehacer natural y espontáneo como respuesta a necesidades o demandas de la humanidad. Para delimitar la noción de ciencia y consecuentemente su aplicabilidad a ciertas disciplinas, es oportuno referirse a las características integrantes de la ciencia como resultado de la actividad investigadora del hombre:

- Los conocimientos científicos. Conjunto ordenado de saberes, sistemático y relacionado entre sí que construya una significación global del objeto de la ciencia o disciplina
- El método científico. Criterio básico para el reconocimiento de una actividad o disciplina como ciencia.
- Lenguaje científico. Es un elemento importante como organizador de los conocimientos.

Si nos atenemos a la larga historia de las prácticas (tecnología rudimentaria hasta las más matizadas) dispone de una variabilidad que le permite hacer frente a diversas situaciones en que tiene que ejercer su actividad profesional. La misma reflexión se ha de hacer respecto a los conocimientos teóricos pertinentes a su actividad, al qué y al cómo de su ejercicio que han ido creando a lo largo de sus prácticas, en la actualidad además cuenta con todo un bagaje de teorías sobre su quehacer, e investigaciones empíricas que le puede ayudar a avalar sus quehaceres. *Delimitar el objeto específico y deslindar las fronteras con otras disciplinas afines, en un contexto de interacción e interdisciplinar es la meta que Esteban nos brinda para llegar a buen puerto.* (Esteban M. 1992:111-127).

A la segunda deseo hacer referencia a una nueva concepción de investigación para incrementar el conocimiento enfermero y auparlo al rango de ciencia de enfermería con todos sus atributos, es una nueva visión sobre la explicación de ciencia nos puede orientar en la clasificación de la enfermería dentro del mundo de las ciencias clasistas según Niiniluoto Ilkka (1993:1-28).

Para Niiluoto, los filósofos se han preocupado sobre todo por las ciencias que explican e interpretan el mundo; ya es hora de prestar atención también a las ciencias que cambian el mundo. Muchos historiadores y sociólogos de la ciencia han tenido la agudeza de mostrar que el trabajo científico en la vida real no siempre se adapta a la imagen creada por el realismo. Estos estudios nos han ofrecido nueva y valiosa información (en el sentido realista) sobre práctica científica. Pero, como crítica al realismo científico, parecen contener dos errores. El primero si se demuestra que alguien es culpable de fraude quedan excluidas sus argumentaciones en la comunidad científica. Segundo las argumentaciones contra la "falsa ideología" de la ciencia "pura" y "objetiva" a menudo utilizan ejemplos de elección entre tecnologías médicas o políticas sociales. Tales temas pertenecen a la ciencia aplicada más que a la básica y como ya se sabe, la investigación aplicada no está libre de valor" al igual que la investigación básica.

Para hacer más comprensible su clasificación de la ciencia Niiluoto nos propone en su artículo *El Objetivo y la estructura de la investigación aplicada* (1993):

Ciencia básica, es la actividad de la comunidad científica que produce nuevos conocimientos científicos mediante el método científico. Este conocimiento debería ofrecer respuestas a problemas cognitivos: describir, con las mejores justificaciones posibles, a qué se parece el mundo (naturaleza, hombre, cultura, sociedad). La ciencia básica puede, por tanto, caracterizarse por el intento de maximizar las "utilidades epistémicas" de la verdad y la información o, como su equilibrada combinación, de la veracidad.

Las teorías (de la evolución, de la relatividad), pueden tener efectos sociales indirectos (introducción de nuevas entidades artificiales en el mundo, por ejemplo, uso de plantas nucleares o de fertilizantes), pero, tal teoría tiene valor real independiente de nuestras opiniones, intereses y negociaciones.

La ciencia básica mas la tecnología produce nuevos conocimientos que tiene como propósito ser útiles para el propósito de aumentar la eficacia de ciertas actividades humanas. El conocimiento producido funciona como herramienta.

Ciencia aplicada, la ingeniería, las ciencias sociales, las ciencias médicas, son a menudo citadas como ejemplo de ciencias aplicadas. La ciencia aplicada tiene como objetivo el conocimiento, su producto debería ser valorado por su corrección, su información y su veracidad, la ciencia aplicada... Además de su utilidad epistémica, se espera que el conocimiento ofrecido por la ciencia aplicada tenga valor instrumental para la actividad humana asociada. Las relaciones entre la investigación básica y la aplicada no están claras, el análisis de la ciencia aplicada en términos de sus metas o utilidades no es suficiente, es necesario descubrir la forma lógica de sus productos típicos. La ciencia básica es descriptiva, es decir, describen con frases en indicativo, hechos generales y específicos sobre el mundo. Tiene como finalidad establecer teorías que expresen conexiones verdaderas y normativas entre propiedades y tipos de conocimiento. Un resultado típico es una ley causal determinista o probabilista del tipo:

X provoca A en situación B

X se produce en situación b

La situación b es de tipo B

Por tanto, A se produce en situación b.

Las ciencias predictivas suelen ser consideradas el tipo básico de ciencia aplicada, las culturas humanas se han interesado en la realización de predicciones acertadas por diversas razones prácticas. Ej. la astronomía es ciencia aplicada que tiene poder predictivo como utilidad epistémica principal.

A pesar del parecido estructural de los argumentos explicativos y predictivos, existen buenas teorías explicativas sin mucho poder predictivo (es decir, teoría de la evolución). Más aún, algunos "modelos" útiles de predicción pueden ser tan simplificados o idealizados que no se toman en serio como premisas para la explicación. Además, las ciencias explicativas y predictivas son dos subtipos de ciencia descriptiva, con una diferencia que sólo es pragmática en su naturaleza.

“Ciencia de diseño, la distinción básica-aplicada con las distinción explicativa-predictiva no se puede generalizar a pesar de que el informe descriptivo es casi universalmente aceptado como el modelo de la ciencia. (Herbert Simón 1969 en Niiluoto 1993:11) argumenta en The Sciences of the Artificial que el modelo tradicional de ciencia (y educación científica) ofrece una visión equivocada de campos como la ingeniería, medicina, etc., los cuales están relacionados con el diseño: no como son las cosas sino "cómo deberían ser para conseguir las metas y para funcionar".

Diremos que el diseño, en un sentido amplio, incluye todas la "actividades humanas" es decir, la producción, preparación, o manipulación de sistemas naturales (como el cuerpo humano o los bosques) o artefactos (el orden legal, un aeroplano). Este concepto abarca desde el entorno, la economía, etc. Por ello, la investigación que tiene como objetivo el conocimiento que puede resultar útil para la actividad de diseñar (es decir, que potencia el arte y la técnica humanos) puede ser denominado ciencia de diseño.

Gráfico 4.3. Ciencia del diseño, un ejemplo:

PROFESIÓN PRÁCTICA	ARTE		CIENCIA
Médico	Curación	Medicina	Ciencia médica
Enfermera	Enfermería	Arte de cuidar	Ciencia enfermera

Fuente: Niiluoto 1993

La ciencia de diseño es la actividad de generar conocimiento instrumental para la producción y manipulación de sistemas naturales y artificiales. La ciencia de diseño genera conocimiento que puede ser aplicado al diseño científico mediante la actividad de resolver problemas.

- *La perspectiva estándar de que todas las disciplinas científicas ha nacido a partir de la filosofía puede ser verdad para algunas disciplinas básicas (física, biología, psicología, sociología), pero muchas disciplinas prácticas se han creado a través de la cientificación de las actividades profesionales. Este proceso continúa en nuestra época con nuevas disciplinas (como la ciencia de la Enfermería) que, en mi opinión, gana brillo en cuanto a la identidad mediante la concepción de ciencia de diseño. Niiluoto.(1993).*

En cuanto a su puesta en marcha, habrá que hablar de los paradigmas científicos: el difícil camino del desarrollo enfermero. Cada corriente filosófica aborda al hombre desde una perspectiva conceptual, y fija su interés en alguna de las múltiples facetas que la constituyen (ontológica, fenomenológica, cósmica...). Cada profesión, por otra parte, se acerca al hombre con una visión específica, que responde al servicio que le presta y a las demandas particulares que la sociedad requiera de ella.

Enfermería es una profesión humanística por lo que implica de respeto, amor a la vida y al ser humano, por lo tanto al definir al ser humano, eje de la atención de Enfermería, nos serviremos de aquellas corrientes filosóficas que partan de supuestos humanísticos o que desemboquen en ellos.

Para Julia López (1992), Enfermería como cualquier otra ciencia, ha ido cambiando y configurándose a lo largo de la historia de la mano del concepto que la sociedad ha ido atribuyendo al hombre, y de los supuestos culturales y sociales que informaban el modo de acercarse a él.

- *La historia nos revela que las tradiciones filosóficas y las fuerzas sociales imperantes en cada época han ido configurando enfermería. (J.B.Lindberg. en Julia López 1992).*

Siguiendo a Bevis (Curriculum Building in Nursing; a process), se distinguen cuatro periodos o formas históricas de entender la enfermería, (en Julia López, 1992):

- Ascetismo. Se inspiró en el idealismo de Platón. Heredado por el cristianismo. En la época moderna, tuvo influencia en torno a 1850-1910: la enfermera actúa por piedad, por altruismo, por espíritu de abnegación, por vocación.
- Romanticismo. Sigue influyendo el ascetismo. La enfermera es la auxiliar del médico: una colaboradora adiestrada que "con su ternura y delicadeza femenina" ayuda al paciente/usuario a soportar sus dolencias y las molestias de los actos curativos. Este enfoque tiene su auge entre 1919-1940.
- Pragmatismo. En la Segunda Guerra Mundial surge la necesidad de contar con enfermeras preparadas para suministrar cuidados especializados y con conocimientos de técnicas de curación ante situaciones y curaciones complicadas. Como auxiliar del médico, participa en la curación de órganos paciente/usuarios y atiende al hombre como a un paciente/usuario con dolor. Perdura desde 1940 hasta nuestros días.
- Existencialismo humanista. Comienza a imponerse hacia los años 70. Enfermería se plantea considerar al hombre al que cuida en su totalidad global, en su unidad real; sus cuidados se centran en la persona, ser responsable, autónomo, sujeto de valores y de derechos, con atributos específicos e individuales, con creencias y potencialidades. Recientemente se ha incorporado a gran parte de los modelos de enfermería la corriente "holismo" holos que en griego significa "todo", se refiere a una manera de entender la realidad desde el punto de vista de varias unidades integradas cuyas propiedades no pueden reducirse a las unidades más pequeñas en los modelos enfermeros este vocablo se refiere a la consideración del hombre como un sistema indivisible, interrelacionado con sus partes y con el entorno.

En el intento de dar respuesta a la sociedad en cuanto a los servicios profesionales que demanda, los profesionales buscan una filosofía que esté en consonancia con la filosofía social ya que en ella se investigan las necesidades y demandas de la sociedad. En todo caso, para Pearson (*la práctica de cada grupo profesional se fundamenta en las creencias y valores elegidos por el grupo* (Pearson.A. en Julia López 1992: 35)

Para el físico Capra (1982) que tanta influencia ha tenido en el desarrollo de los modelos conceptuales enfermeros, es interesante lo que plantea en el Capítulo: *La visión integral de la vida*. En su tesis sobre la necesidad de un cambio de paradigma, aboga porque éste ha de ser el que explique una nueva visión de la realidad y que ésta ha de basarse en la comprensión de las relaciones y dependencias recíprocas y esenciales de todos los fenómenos: físicos, biológicos, psicológicos, sociales y culturales. Esta nueva visión va más allá de los actuales límites disciplinarios y conceptuales y nuevas instituciones la perseguirán.

Capra (1982) cuando describe a las profesiones sanitarias y su relación con las corrientes de pensamiento se retrotrae a Descartes. Para Capra, Descartes basaba toda su visión de la naturaleza en la división existente entre dos campos independientes y separados: el del pensamiento o *res cogitans*, la substancia pensante y el de la materia o *res extensa*, la substancia extensa. Tanto la mente como la materia eran obra de Dios pero los científicos que desarrollaron sus teorías según la distinción cartesiana entre la mente y la materia omitieron cualquier referencia explícita a la presencia divina: las humanidades se concentraron en la *res cogitans* y las ciencias naturales en la *res extensa*.

Según Descartes, el universo material era una máquina y sólo una máquina. En la materia no había ni vida, ni metas, ni espiritualidad. La naturaleza funcionaba de acuerdo con unas leyes mecánicas, y todas las cosas del mundo material podían explicarse en términos de la disposición y del movimiento de sus partes. Esta imagen mecanicista de la naturaleza fue el paradigma imperante que dominó la ciencia después de Descartes, marcando la pauta de las investigaciones científicas y sugiriendo la formulación de todas las teorías sobre los fenómenos naturales hasta que la física del siglo XX efectuó un cambio radical.

A lo largo de la historia de la ciencia occidental el desarrollo de la biología ha sido paralelo al de la medicina. Es natural, por tanto, que la visión mecanicista de la vida, una vez firmemente establecida en el campo de la biología, haya dominado también la actitud de los médicos ante la salud y la enfermedad. De la influencia del paradigma cartesiano en el pensamiento médico resultó el llamado modelo biomédico, que constituye la base conceptual de la medicina científica moderna. El

cuerpo humano es considerado como una máquina que puede analizarse desde el punto de vista de sus partes; la enfermedad es el funcionamiento defectuoso de los mecanismos biológicos que se estudian desde el punto de vista de la biología celular y molecular; la tarea del médico es intervenir, física o químicamente, para corregir las disfunciones de un mecanismo específico.

En la medicina moderna son los psiquiatras los que estudian y se ocupan de los problemas psicológicos y de comportamiento. Pese a que los psiquiatras tienen un título y una formación en el campo de la medicina, la comunicación entre ellos y los profesionales de la salud física es escasa. De igual manera que la biología y la medicina, la ciencia de la psicología ha tomado su forma del paradigma cartesiano. Descartes no sólo hizo una marcada distinción entre lo impermanente del cuerpo humano y la indestructible alma, sino que también propuso varios métodos para estudiarlos. El alma o la mente debían ser exploradas a través de la introspección, mientras que el cuerpo requería seguir los métodos de las ciencias naturales. Los psicólogos partidarios de la teoría de Descartes no siguieron las sugerencias de Descartes, sino que adoptaron ambos métodos para el estudio de la psique humana, creando dos escuelas de psicología:

- *Los estructuralistas, que estudiaban la mente a través de la introspección y trataban de analizar la conciencia reduciéndola a sus elementos básicos.*
- *Los conductistas que se concentraban exclusivamente en el estudio del comportamiento y, en consecuencia, ignoraban o negaban del todo la existencia de la mente.*
- *Sigmund Freud usaba el método de la libre asociación para crear el psicoanálisis. (Ver Capítulo “La filosofía Newtoniana” en Capra 1982: 186).*

Suele creerse que la psicología, en cuanto a ciencia, fue creada en el siglo XIX y que sus raíces históricas se remontan a las filosofías de la antigüedad griega: Empédocles - Pitágoras - Sócrates - Platón - Aristóteles - Plotino.

Las enfermeras, de formación cartesiana, pese a que suelen estar muy bien preparadas como terapeutas y educadoras sanitarias, se las considera simples asistentes y rara vez tienen ocasión de utilizar todas sus capacidades. Debido a la parcialidad del enfoque biomédico y a los modelos patriarcales del poder en el

sistema de asistencia sanitaria, el importante papel que las enfermeras desempeñan en la convalecencia de los paciente/usuario a través del contacto humano que mantiene con ellos no es reconocido en lo que vale. De este contacto, las enfermeras suelen adquirir un conocimiento mucho más extenso de la condición física y psicológica del paciente/usuario que los médicos; pero estos datos se consideran menos importantes que las "científicas" afirmaciones de los profesionales de la medicina, que se basan en análisis de laboratorio.

- Concepto de disciplina: una disciplina es un área de investigación y de practica marcada por una perspectiva única o por una manera distinta de examinar los fenómenos corrientes de pensamiento que han favorecido el resurgir de los actuales conceptos de enfermería: las definiciones de paradigmas del filósofo Kuhn (1970) y del físico Capra (1982).

En 1969 se lleva a cabo una revisión del concepto de paradigma: se ha usado el término en dos sentidos diferentes:

- a) Pasa por la completa constelación de creencias, valores, técnicas, y así sucesivamente, compartidas por los miembros de una comunidad dada.
- b) Denota una especie de elemento en tal constelación las soluciones - enigmas concretas, las que empleadas como modelos o ejemplos, puede reemplazar a reglas explícitas como base para la solución de los enigmas restantes de la ciencia normal.

Concepto de "paradigma" - Kuhn: (1958-59): Realizaciones científicas universalmente reconocidas que, durante cierto tiempo, proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica.

1. Paradigmas y estructura comunitaria: un paradigma es lo que los miembros de una comunidad científica comparten y, recíprocamente, una comunidad científica consiste en hombres que comparten un paradigma.
2. Los paradigmas como la constelación de acuerdos de grupo: Los hombres cuya investigación se basa en paradigmas compartidos están sujetos a las mismas reglas y normas para la práctica científica. ("matriz disciplinar")

"matriz" = porque está compuesta de elementos ordenados de varios tipos, cada uno de los cuales requiere de una especificación posterior.

"disciplinar" = porque se refiere a la posesión común de los practicantes de una disciplina particular.

3. Los paradigmas como ejemplos compartidos: descubrir una vía para contemplar un problema como parecido a otro que él ya ha resuelto. Habiendo visto la semejanza y tomando la analogía entre dos o más problemas distintos, puede interrelacionar símbolos y vincularlos a la naturaleza en el modo como ha comprobado anteriormente su efectividad.
4. "El "conocimiento tácito" es aprender para hacer ciencia más que adquirir reglas para hacerla" (Polanyi) citado por Chalmers (1984) con la repetición, lo que se adquiere es mayor destreza para resolver más problemas.

Francine Ducharme en Adam (1991), nos presenta algunas preguntas para el debate:

- a) ¿Cuál es la contribución específica de la enfermera en el equipo de Cuidados?
- b) ¿Cómo define la enfermera su papel autónomo?
- c) ¿Qué diferencia hay entre enfermería y resto profesiones de la salud?

Respuestas: el Modelo conceptual especifica la contribución específica, define el rol autónomo y marca la diferencia ante el resto de los profesionales.

Su historia se inicia con Nighintigale 1859: Influencia médica: Concepción médica de los cuidados enfermeros. Curar requiere de un entorno físico y humano adecuados. Desde 1960 a 1990 es el gran desarrollo de los modelos conceptuales propios de los cuidados enfermeros: en 1964 aparece el modelo conceptual de Henderson, en 1988 Watson, en 1988 Leininger, en 1991 Roy, en 1991 Orem, etc. Como vemos, son creaciones recientes y según McKenna (1997), poco conocidas y menos experimentadas.

Para Medina y Sandín (1995), uno de los problemas omnipresentes en el desarrollo de la enfermería es la disociación Teoría - práctica. Este divorcio, que puede resultar abstracto en primera instancia, hunde sus raíces en la indefinición epistemológica (Siles 1995), (Alberdi 1988), (Medina I y II 1994-1995) y la adopción de paradigmas

establecidos en otros campos que no acaban de posibilitar el desarrollo epistemológico enfermero. La enfermería adolece de dosis elevadas de ambigüedad en los pilares básicos de la disciplina. En primer lugar, ninguna ciencia puede desarrollarse sin delimitar previamente el objeto que perfila su campo de conocimientos -sensu estricto- (Medina I y II 1994-1995); y en segunda estancia, como consecuencia de la situación anterior, se sigue investigando y trabajando desde perspectivas aportadas por paradigmas poco apropiados a la naturaleza de la disciplina (Siles 1995). Una revisión de los paradigmas utilizados en la actualidad en el ámbito de la enfermería nos permiten revisar la mayor o menor idoneidad de cada uno de ellos para poder investigar y crear lo que se ha dado en denominar la ciencia de cuidar. Estos paradigmas son: el paradigma racional-tecnológico, el paradigma interpretativo o hermenéutico y el paradigma crítico.

La enfermería tiene por objeto de conocimiento el hombre en el contexto de los cuidados correspondientes al ciclo salud-enfermedad y a la vez lo comparte con otros profesionales sanitarios y sociosanitarios; todos ellos como profesionales tienen como fin intervenir para inferir cambios en la realidad sociosanitaria de las personas. Del paradigma adoptado depende la definición del hombre como objeto del cuidado y por lo tanto las acciones generadoras de mayor capacidad de salud.

- Haciendo historia, el primer paradigma predominante es el racional tecnológico. La respuesta es muy sencilla, la mayoría de los docentes de las escuelas de Enfermería eran médicos que impartían la mayor parte de los conocimientos teóricos mientras que la parte práctica apenas era tenida en cuenta ya que sólo se trataba de aplicar técnicas concretas sobre el paciente/usuario. Apenas se prestaba atención a la naturaleza integral del objeto a quien iba dirigida la técnica.

Estos antecedentes históricos no pueden ser más determinantes, la medicina ejerció todo su peso en esta primera etapa, limitar el desarrollo de la enfermería a ser una profesión de servicios para que, esencialmente, siguiera siendo auxiliar de la profesión nodriza. Es en el ámbito anglosajón donde las pioneras de la enfermería científica adoptan este paradigma: Henderson (Marriner 1994) y Adam, (Marriner 1995) (resolución de problemas), Neuman (teoría de sistemas). (Marriner 1995)

Tratan de sistematizar tanto la faceta docente como asistencial con el fin de lograr el anhelado reconocimiento científico en la Universidad. En España, es a partir de la inclusión de los estudios de enfermería en la Universidad, que comienza a utilizarse este paradigma como eje vertebrador del corpus teórico; en la actualidad sigue siendo el mayoritario.

Tras la II Guerra Mundial, la racionalidad tecnológica ha dominado la relación entre la política global del Estado y los Servicios Sociales, esta supremacía ha soslayado la dimensión humana de la problemática social, cuyo proceso puede resumirse en la escueta secuencia: *in put-out put*. (Medina y Sandin 1993) explican el pensamiento de investigadores que criticaron abiertamente la adopción del aparato tecnocrático y burocrático ya que por muy racional que resulte el método en sí mismo -en el análisis de su estructura interna- Si no reúne requisitos para adaptarse al objeto de investigación el resultado de su aplicación será tan baldío como irracional, a pesar de su racionalidad interna. Por otra parte, para Habermas (1984 en Medina y Sandin 1993: 49), *“la racionalidad tecnológica reduce la acción práctica a una mera actividad instrumental y al análisis de los medios apropiados para determinados fines, olvidando el carácter específico e insoslayable del problema moral y político de los fines en toda actuación profesional que pretenda resolver problemas humanos”*.

La primacía de enfoques racional - técnico - científicos, herederos de posiciones cuantitativistas y neopositivistas, siguen centrando la atención de una buena parte de los profesionales sanitarios. El proceso sociosanitario se centra en el *in put y out put*. Su eficacia es la meta a la que se llega mediante el cumplimiento de objetivos dentro de un programa estructurado sin tener en cuenta los factores situacionales, - las percepciones de las personas implicadas-. La comprensión de la problemática humana, de los déficits en la satisfacción de sus necesidades, ha de abordarse desde métodos adecuados a la naturaleza del ser humano. Los servicios de salud y la enfermería tienen que asegurarse de antemano la adecuación de sus categorías al objeto, porque de lo contrario, según Habermas, *“los esquemas de ordenación resultantes no tendrán utilidad alguna”* (Habermas 1988 en Medina y Sandin 1993: 49-50). Es un paradigma que persiste ligado a la burocratización en las instituciones y en las mentalidades.

El paradigma interpretativo, desde los años posteriores a la II Guerra Mundial, las ciencias sociales, especialmente la antropología nos avanza las primeras perspectivas holísticas de la problemática humana. El problema que la antropología comparte con el resto de las ciencias sociales - incluida la enfermería- consiste en la amplitud del objeto antropológico. Levi-Strauss se apoya en el concepto de "*hecho social total*" para explicar la unidad del hombre, aunque se trate de una unidad tan compleja -por múltiple-. (González 1986: 92-94) A este respecto ha de decirse que la enfermería ha sido pionera en la adopción de perspectivas integradoras: la dimensión holística ha sido un objetivo determinante en el proceso de profesionalización de la disciplina que aspira a tratar a su objeto - sujeto de forma integral (Rogers en Marriner 1995). Riehl Sisca (1992) ha intentado adaptar al contexto de la enfermería el interaccionismo simbólico en diversas obras, donde el instrumento principal de trabajo consistía en la interacción entre enfermero - paciente/usuario y en la comprensión fenomenológica. Leininger parte de los presupuestos de la antropología y se le atribuye ser la pionera en enfermería transcultural (Marriner 1995). Así mismo, Parse se nutre para sustentar su obra en dos pilares básicos: la fenomenología desarrollada por Rogers y la filosofía existencial de Merleau Ponty, Heidegger y Sartre (Marriner 2003: 529). La flexibilidad metodológica se convierte en un instrumento de reflexión y de conocimiento de la práctica, cuyo objetivo es optimizarla.

El paradigma crítico, en el contexto de la enfermería al igual que otras disciplinas, los fracasos han sido determinados por una causa común: la dialéctica teórico-práctica. Su propia naturaleza caracterizada, básicamente, una profesión de servicios, ejercida tradicionalmente por mujeres, ha estado caracterizada por una doble situación: la condición femenina de la persona encargada del desempeño de dicha actividad y la sumisión a una profesión de gran tradición tecnológica y científica (la medicina). Visto esto, resulta difícil sustraer el debate metodológico del análisis ideológico, político y ético. La visión que ha venido a denominarse sociocrítica se inicia con la llamada escuela de Frankfurt, sus pensadores influidos por el marxismo, revisado y ampliado con aportaciones del psicoanálisis y la fenomenología. Su propósito es teorizar la crisis de valores (individuales y colectivos) en las sociedades liberales post industriales. Tratan de explicitar la naturaleza del proceso del conocimiento y tener en cuenta el papel preponderante de la ideología en todo

proceso científico, es decir, añaden al paradigma interpretativo una crítica ideológica: el para qué de la acción, las relaciones sujeto - objeto en la sociedad y el papel de los valores en este proceso.

La naturaleza del saber enfermero está en relación directa con el estudio del hombre, popularmente conocido, con el modelo de enfermería que las enfermeras deciden poner en práctica en su quehacer como profesionales.

- Para Medina y Sandín, *“la difícil ecuación teoría y progreso de la ciencia enfermera puede deberse entre otras causas: Se teoriza fuera de las prácticas habituales, se identifica teoría con reflexión y práctica con acción, no se piensa en actividades teóricas y actividades prácticas, puede haber confusión ante el concepto mismo de teoría”*, por ejemplo: "Teoría de Orem" (producto de investigaciones) o puede referirse al marco teórico general de referencia de los que se dedican a producir teorías de enfermería”.

Hemos visto varias explicaciones que han cooperado en la práctica de la enfermería en estos veinticinco años de formación universitaria. Los datos que nos brinda el informe de los Colegios Profesionales y los artículos de los Metateóricos que se dedican a investigar el estatus quo de la realidad española, nos orientan sobre la situación actual en el ámbito creativo de modelos de cuidados; también es verdad que existen corrientes que orientan su práctica al día - día. A este respecto es muy interesante la aportación de McKenna Hug (1997) en el capítulo 5-6: *Gestión del conocimiento enfermero: de la teoría a la práctica:*

- Para MacKenna, *“existe una gran confusión e ideas conflictivas en la bibliografía en relación con la aplicación de teorías enfermeras al cuidado al del paciente/usuario”*. Algunas sostienen que las teorías deben ser relevantes para la práctica, mientras que otras sugieren que hay muchas teorías que no están formuladas para su ejecución directa con los paciente/usuarios; en lugar de esto, las teorías estimulan el pensamiento y la reflexión entre las enfermeras. Afirma que no hay estudios firmes disponibles que puedan afirmar que las teorías han influido positivamente en la mejora del cuidado. De la investigación existente nos permite concluir que mirar favorablemente la utilización de teorías es mirar favorablemente la calidad de los cuidados.

Se podría discutir que una enfermera que aplica teorías para mejorar la calidad de los cuidados del paciente/usuario tiene más valor que docenas de enfermeras desarrollando teorías que no están probadas y que nunca serán aplicadas a la práctica. Esto puede parecer herético a algunas, pero la mera existencia de teorías no es capaz de alterar los cuidados del paciente/usuario; tienen que ser utilizadas para ser efectivas.

- Por otro lado, si retomamos el artículo de Medina y Sandín, es muy interesante la respuesta que Draper plantea ante el discurso de Fawcett; Fawcett, refiere que los *“modelos creados para ser aplicados en un lugar concreto (USA) pueden ser usados para la práctica en otro lugar concreto”* y Draper contesta que el *“mundo social al igual que el natural no es estable, regular e independiente de las personas”*. Para Draper, la universalidad de los modelos conceptuales de enfermería queda seriamente cuestionada.

Parecería que estoy bombardeando mi propia hipótesis de que las prácticas enfermeras han avanzado considerablemente desde la incorporación a la Universidad y nada más lejos de la realidad, creo que se ha avanzado mucho en diferentes terrenos:

- Conocimientos para desempeñar tareas técnicas (principios de habilidades para trabajar en equipo).
- Conocimientos sobre la comunicación y las relaciones interpersonales
- Conocimientos sobre las diferentes formas en que los factores socioculturales afectan a la conducta humana.
- Conocimientos sobre la teoría del cambio, la teoría de la motivación.

Desde el ámbito español, tenemos enfermeras que trabajan en el desarrollo de propuestas de modelos propios.

Concha Germán Bes (2000) describe el contexto donde tienen lugar los cuidados de enfermería y nos plantea lo que denomina "criterios para un modelo de enfermería comunitaria" como una base para el desarrollo del modelo.

Manuel Calvache Pérez (1989) autor del libro *La enfermería sistémica: propuesta de un modelo ecológico*. El modelo refleja la influencia de la Psicología en su desarrollo y una de las ideas principales es la consideración de la globalidad que forma el sujeto con su entorno. La dedicatoria a su familia lo explica con claridad: “*Enseñarle al individuo a tratar bien la vida es un arte y una ciencia; el conseguirlo es nuestra obligación*”.

M^a Teresa Piulachs Moles, su trabajo se basa en la teoría del análisis transaccional, se desconoce si existen publicaciones de sus tesis; para Amparo Benavent et al. (2001) en la línea de Teresa Piulachs estaría el trabajo de Georges Nizar sobre el análisis transaccional y los cuidados de enfermería.

Gotzone Mora Temprano, su propuesta de modelo surge durante la elaboración de su tesis en Sociología. En el artículo publicado en 1989, se refiere a la metodología para el desarrollo del conocimiento y afirma que sin unos planteamientos teóricos formulados rigurosamente, no será posible formular una propuesta para redefinir y justificar la actuación profesional, propone una propuesta para redefinir el rol de la enfermera. En las conclusiones señala que tan solo es *un punto de partida para realizar proposiciones específicas*, en la descripción de los elementos conceptuales se puede entrever la definición de conceptos y la relación entre ambos.

En síntesis comienza a vislumbrarse un alejamiento del modelo biomédico, se aprecia un mayor interés por identificar una epistemología propia de la disciplina, y vemos que los conceptos de holismo y globalidad en la línea de las últimas aportaciones de los teóricos anglosajones van ocupando el espacio.

Todo ello es lo que podemos llamar "ciencia enfermera" o conocimientos científicos; es la "mente cognoscitiva" de la enfermería y comprenden los conocimientos obtenidos mediante la investigación de enfermería y la realizada en otras disciplinas y que las enfermeras fagocitan para su quehacer cotidiano.

Otro tipo de conocimientos que las enfermeras incorporan en su práctica son los conocimientos sobre las normas de conducta aceptadas por la profesión, el

conocimiento de uno mismo y los conocimientos de enfermería: sentimientos, experiencia subjetiva, creencias, valores, lo que de humanitario tiene su labor.

Lo que en el ámbito general puede fallar es:

- Falta de una definición e identificación del objeto de estudio
- Carencia de una Teoría que oriente la práctica
- Carencia de un lenguaje común.

Hemos visto los conocimientos y el dominio técnico. Respecto al contexto donde tienen lugar las prácticas, se ha diversificado, entran en juego el despliegue de los Centros de Atención Primaria, y Especializada, las Consultas de Enfermería, La Visita Domiciliaria, los Programas de Atención domiciliaria Equipo de Soporte, las Unidades funcionales interdisciplinarias, los Hospitales de día, los Centros de Cuidados Paliativos, Consejo Antitabáquico, Educación Sanitaria, y otros. Las relaciones entre los profesionales son de cooperación.

Si como apunta Rodríguez, J.A., (1996) respecto al futuro de la profesión médica,...”*El producto del sistema curativo ya no es un producto médico si no, más bien, un producto sanitario. Las enfermeras dejan de ser meras ayudantes del médico para pasar a ocupar áreas importantes del proceso sanitario. La transformación de la morbilidad reduce el papel del médico, que sólo puede curar un número limitado de casos, y se amplía el de la enfermería, Que cada vez deviene más importante (dada la importancia de las enfermedades crónicas)*”. Es bien cierto, que la enfermería se ha hecho con áreas consideradas médicas, tal es el caso de la educación sanitaria, consejo antitabaco y otras áreas que le han abierto las puertas de la autonomía profesional.

Existen 44 asociaciones profesionales en España, en su comunicado de la entrevista con el Sr. Mas (candidato a la Generalitat por CiU), comenta que el sector de los profesionales de enfermería tiene más especialidades que la medicina y el sector farmacéutico, sin especificar cuántos.

En la demarcación de Barcelona existen 31.450 enfermeras, siendo la ratio de 5,4 enfermeras /1000 habitantes y 0,2 comadronas; en el año 1999 hay 187 habitantes por titular enfermera en Catalunya y 208 en España. **

Datos relativos a la población enfermera en Catalunya, según fuentes *del Llibre Blanc de les professions sanitàries a Catalunya (2003)*.

El número de enfermeras Colegiadas en Catalunya se podría situar en 33.000 (son los datos de la encuesta de opinión a las Enfermeras Colegiadas en mayo-junio 2004). La ratio enfermera/habitante es de 5,09/1000 (Falta la información de Lleida) La distribución por edad es: De menos de 40 años, 53% enfermeras, de 40 a 50 un 30% y de más de 50 un 17 %. En términos generales, para 6,1 millón de personas en Catalunya tenemos unas ratios de 4,6 médicos, 5,09 enfermeras (similar al conjunto de España) y (junto con Inglaterra e Italia el más bajo del mundo occidental), 0,5 odontólogos y 1,62 comadronas por 1000 habitantes en el año 2001.

Vemos pues, cómo progresivamente van disminuyendo el número de profesionales de enfermería tanto en números reales (hay que restar 450) y la ratio, que ha ido evolucionando desde 5,4/1000 habitantes en el 1999, hasta el 5,09/1000 en el año 2001.

Las especialidades reconocidas según Real Decreto 992/1987 de 3 de julio son: Enfermería obstétrica i ginecológica, enfermería pediátrica, enfermería de salud mental, enfermería de salud comunitaria, enfermería de cuidados especiales, enfermería geriátrica, gerencia y administración de enfermería.

En su capítulo 8.2 Los profesionales, uno de los retos para conseguir la excelencia, es el cambio en la formación básica, ésta ha de pasar por:

- Estar centrada en el estudiante.
- Organizado bajo una perspectiva multiprofesional,
- Orientado a los resultados,
- Basado en la evidencia
- Vehiculado en entornos de autoaprendizaje diversificados y amigables.

En la actualidad, en las dos escuelas que se están llevando a cabo estrategias de cambio docente y curricular son las de la Universidad de Barcelona con los exámenes de Competencias al acabar sus estudios y en la de Valle Hebron, adscrita

a la Universidad Autónoma de Barcelona, que ha implementado el Aprendizaje Basado en Problemas (PBL) tutelado por el Dr. Luis Branda experto de la Universidad McMaster y en contacto con la Universidad de Bahía Blanca, Argentina con múltiples contactos e intercambios. Durante el curso 2003-04, ya se está preparando la implementación de tercer curso, completando de esta manera el Ciclo de Diplomado. Si nos atenemos a las nuevas Directrices, basadas en el Proyecto Tuning (Tuning Educational Structures in Europe) que lidera la Universidad de Deusto y Zaragoza (Proyecto europeo por y para las Universidades para contribuir a implantar los procesos de Bolonia, Praga, y Berlin, para encontrar vías para la implantación de los dos niveles de la educación superior (grado y postgrado) (primero y segundo ciclo) (se plantea una formación de 4+1) y para identificar desde la perspectiva universitaria europea los puntos de referencia comunes para la disciplina. El objetivo es desarrollar conjuntamente perfiles profesionales (competencias) y establecer resultados de aprendizaje. Las competencias difieren sustancialmente de las elaboradas por la Comisión de Enfermería de Catalunya y editadas por el Consell de Col·legis Oficial de Diplomats en Infermeria de Catalunya. Otro proyecto es el liderado por la Universidad de Barcelona, reflejado en el Documento del Grupo IX (Subgrupo de Enfermería). Proyecto de Reforma de las Directrices para la Elaboración de los Planes de Estudios de Diplomados en Enfermería. Su propuesta es de dos ciclos, el primero sería de una duración de tres años y el título de Diplomado en Enfermería de cuidados generalistas, el segundo ciclo, cuyo modelo sería el propuesto por el Consejo de Universidades con la denominación de "modelo mixto de estructura cíclica". Es una formación de dos años y conducirá al título de licenciado en Enfermería. El énfasis se pone en la investigación. (Plantea una formación de 3+2).

Dadas las dos posiciones en liza, la Comisión ANECA de la CNDEE (Comisión Nacional Directores Enfermería de España), eleva un acta de la reunión mantenida el día 11 de noviembre de 2003 a las 11 horas en la E.U. de Ciencias de la Salud de Zaragoza en la que nos transmiten que analizados los proyectos se elabora una propuesta consensuada por todos los asistentes para concurrir a la segunda convocatoria de la ANECA para iniciar el consenso y elaborar el Documento final sobre Diseño de la Titulación. En la reunión de ANECA, celebrada en Barcelona el día 17 de septiembre de 2003, el Consejo General de Enfermería por boca de su

Presidente, plantea un grado académico de 4+240 créditos europeos en sustitución de la actual diplomatura de la carrera de enfermería.

La propuesta es que las dos lideren el proyecto siendo aceptado por todos, falta la respuesta del Coordinador del Programa de Convergencia Europea (Dr. Gaspar Roselló).

Sea como sea, estamos en el umbral de la Licenciatura Enfermera.

En la actualidad, septiembre de 2004, ya se ha decidido que la formación Básica será de tres años (Grado), Máster (2 años) y Doctorado.

Pero qué pasa con la enfermería en este país, sabemos que son expertas en cuidados y que son bien recibidas en otros países (Inglaterra, Francia, Italia, Portugal), qué es lo que se observa aquí, dos situaciones contrapuestas: primero una bajada demográfica que afecta como a todas las titulaciones y por lo tanto un envejecimiento de la profesión en ejercicio, si a esto le sumamos la emigración a centros europeos, lo previsible es que en pocos años, habrá un déficit de enfermeras que afectará sobre todo a los nuevos centros contratantes, sociosanitarios, salud mental, atención a crónicos, atención domiciliaria i colectivos vulnerables. La propuesta del Libro Blanc es: diseñar estrategias para conseguir la reconversión de profesionales hacia nuevos ámbitos de expertise. Al referirse a las Auxiliares de Enfermería, dice: la planificación de profesionales sanitarias tendrá que prever la aparición de nuevas profesiones sanitarias en el futuro (gestores sanitarios y de información sanitaria...) y la reconversión y cambio de las existentes.

En la actualidad en cuanto a género, se sigue la tónica de otras profesiones ligadas con lo femenino y por tanto asociadas a bajos niveles salariales; pocos hombres, centrados en ejercicios liberales y técnicos dentro de las instituciones especializadas y sí en Centros Reformados de Atención Primaria. Siguen teniendo el control del poder profesional en sus manos.

Con todo, como reconoce Canals, (1992) “ *la enfermería se ha diversificado y estratificado de manera que encontramos en ella funciones y tareas muy distintas, así como posiciones muy desiguales ante el poder. Las cotas conseguidas por las*

élites de la profesión, generalmente colocadas en la docencia y en las Direcciones de Enfermería no han de dejar pasar por alto que para las enfermeras de «a pie», su situación laboral no es lo más envidiable, justamente por la persistencia de variables del todo tradicionales y porque la división del trabajo asistencial no mantiene criterios técnicos sino una fuerte carga cultural en forma de roles e imágenes de origen doméstico y religioso. Según Cohen, tanto los investigadores como la sociedad en general tienden a considerar la dominancia, la autonomía y la profesionalidad como rasgos masculinos, lo cual lleva a la conclusión de que las mujeres con estas actitudes son las que mejor pueden adaptarse al rol profesional” (.Canals 1992)

Esta confusión entre masculinidad y autonomía coloca a las enfermeras entre Escila y Caribdis:

Escila (roca) y Caribdis (remolino), monstruos marinos del estrecho de Sicilia a los que Ulises tuvo que hacer frente en su viaje de regreso a Itaca; debido a la poca distancia si se intenta escapar de un peligro puede caer en el otro. De ahí viene la frase: «Estar entre Escila y Caribdis», que en este caso sería estar entre rasgos masculinos y femeninos. Si se profesionalizan, es decir, si asumen el poder de la toma de decisiones sobre su ejercicio profesional, pierden feminidad; si mantienen su feminidad (en nuestra cultura se espera que las enfermeras sean maternas, atentas y compasivas), pierden aceptación profesional. Los estudios de Cohen del año 1976 no difieren en la actualidad demasiado de los resultados del estudio de Evans (1999).

Este estudio sugiere que en ocupaciones mayoritariamente femeninas, los hombres ocupan mayoritariamente los puestos de administración y de más prestigio. En el punto central de esta dinámica de género se alimenta de la necesidad de separar lo masculino de lo que se considera menos valioso, es decir, de lo femenino. Los enfermeros lo consiguen mediante estrategias que les permiten distanciarse de sus colegas femeninas y de la imagen quintaesencial femenina como prerrequisito para aumentar su prestigio y poder. Se ven ayudados en esta tarea por las instituciones patriarcales que crean y perpetúan la ventaja masculina, así como por las propias enfermeras que consciente o inconscientemente alimentan las carreras de sus colegas femeninos. Así, por ejemplo, resulta desproporcionada la presencia de hombres en las juntas de los colegios profesionales, uno de los más claros indicadores de la nueva estratificación sexual de la profesión

Los estudios sobre género e identidad revisados utilizan el *Bem Sex Role Inventory* de Sandra Bem (1975, 1981) como método de estudio, estos son algunos de los datos interesantes. Bem creó el Inventario de *Roles Sexuales de Bem* (BSRI). Consiste en contestar los rasgos que uno cree tener de las dos listas presentadas, una responde a rasgos considerados masculinos y otros femeninos. Para Bem la androginia «que no ha definido» sería la mezcla de rasgos masculinos - femeninos, lo que a su criterio proporciona a las personas mayor adaptabilidad y que se sienten menos entorpecidos por las imágenes del comportamiento «femenino» o «masculino». En el estudio de McCutcheon (1996) no hay datos que avalen la hipótesis de que la enfermería feminiza a los varones, y en el de Fisher (1999) sus resultados apoyan la hipótesis de que una proporción significativa de enfermeros varones se ven a sí mismos con atributos similares a los del rol femenino de la profesión.

En resumen, la falta de autonomía profesional se debe a la condición femenina de la profesión y que esto no ha cambiado a pesar del tiempo transcurrido. De la tesis de Cohen a este respecto cabría retener una frase que las mujeres enfermeras no deberían echar en saco roto: «Las enfermeras no deben esperar que la orientación de cambio provenga de un movimiento político o bien se queden esperando que sean otros quienes reclamen para las mujeres salir de la tradicional sumisión femenina. (...) Se hace difícil no recordar a Florence Nightingale, que siempre encontraba a algún hombre que hablase en nombre de ella». La transformación de los patrones de comportamiento androcéntricos descritos es difícil de erradicar. De Miguel en 1990 describía lo que siete años más tarde el estudio del Colegio de Médicos de Barcelona de alguna manera corrobora, «el paralelismo entre la feminización de la profesión médica y la pérdida de prestigio social pueden estar relacionados» Estas palabras fueron pronunciadas por El Dr. Jaume Aubia vicepresidente del colegio en la presentación de los resultados del estudio a la prensa el día 6 de noviembre de 1997. El panorama no es que sea demasiado alentador, si bien se detectan síntomas de cambio y de insatisfacción con la incuestionada autoridad masculina en el terreno de la sanidad.

Sugiero que la autonomía profesional se alcanzará cuando los hombres abandonen la mera técnica y se sumen a la implantación de las prácticas enfermeras avaladas por teorías enfermeras, metodología de cuidados basados en la resolución de problemas, capacidad de investigar en nuestras actividades y generar conocimientos sobre qué es cuidar y cómo y dónde tiene lugar ese cuidado.

4.3.1. Comparación de planes de estudios de la Universidad de Barcelona y Universidad Autónoma de Barcelona

La comparación la he realizado basándome en las 4 áreas que plantea French et al. (1996) en su estudio de comparación internacional de currículum de enfermería,

1. Objetivos del programa: Objetivos (objetivos específicos, filosofía y marco conceptual), pensamiento crítico (Proceso de atención de enfermería), educación de enfermería (capacitar y contribuir en el crecimiento profesional), conocimientos de enfermería (humanidades, disciplinas socioculturales y ciencias conductuales y físicas), rol profesional (formación en la responsabilidad ética y social), investigación (potenciar la capacidad de investigar), habilidad y competencia (capacitar para dar atención competente tanto en la atención como en la promoción de la salud).

2. Contenidos: Ciencias biológicas (anatomía, fisiopatología), práctica clínica (en servicios de medicina, cirugía, pediatría, etc.), estudios de enfermería (teorías y modelos de enfermería), estudios profesionales (Ética y legislación), ciencias sociales (sociología, historia, antropología, economía, política), varios (Ciencias de la información, idiomas, medio ambiente).

3. Métodos de enseñanza-aprendizaje: Conferencias (tipos y objetivos de las mismas), prácticas y situaciones (prácticas de aula, laboratorio, clínicas, de campo), Seminarios y tutorías, aprendizaje experimental (juegos de rol).

4. Procedimientos de evaluación: Tipos de evaluación, sumativa y formativa. Tipos de exámenes y pruebas. Autoevaluación de los alumnos. Evaluación de los alumnos de las asignaturas.

Revisadas las asignaturas del área de conocimientos de enfermería todas ellas hacen referencia al marco conceptual como eje de desarrollo curricular al modelo de cuidados de V.Henderson y como metodología de trabajo el Proceso de Atención de Enfermería trabajando algunas asignaturas los diagnósticos de enfermería de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) y otras los problemas derivados del modelo de V.Henderson.

4.3.2. Marco legal de las tareas y funciones de la profesión de enfermería

Para entender el proceso de profesionalización de las profesiones el marco legal da legitimidad al ejercicio de determinadas tareas y funciones que son la esencia de la profesión, como dice el teórico Andrew Abbot en su libro “The System of Profession” son elemento de legitimidad y defensa de las jurisdicciones profesionales en el mercado global de la profesión.

4.3.2.1. Ley General de Sanidad

En la Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril en el Título III: De la estructura del Sistema Sanitario Público. Cap. VI: Del personal, en los artículos 84 al 87 la única mención que hace del personal de enfermería es en el artículo 84, apartado 1 cuando se refiere a los profesionales de la Seguridad Social que se rigen por el estatuto del Personal Sanitario Titulado y Auxiliar de Clínica y en el apartado 2 al hacer referencia a la concreción de las funciones de cada estamento de los señalados en el apartado anterior, éstas se establecerán en sus respectivos estatutos, que se mantendrán como tales.

En el Título VI: De la docencia y la investigación. Cap. I: De la docencia en el sistema nacional de salud en el artículo 104, apartado 3 establece que las Administraciones Públicas competentes en educación y en sanidad establecerán el régimen de conciertos entre las Universidades y las Instituciones Sanitarias en las que se debe impartir enseñanza universitaria, a efectos de garantizar la docencia práctica de la Medicina y Enfermería y otras enseñanzas que así lo exigieran. Las bases generales del Régimen de Concierto preverán lo preceptuado en el artículo

149.1.30 de la Constitución (Regulación de las condiciones de obtención, expedición y homologación de títulos académicos y profesionales y normas básicas para el desarrollo del artículo 27 de la Constitución a fin de garantizar el cumplimiento de las obligaciones de los poderes públicos en esta materia). Nada se dice respecto a plazas docentes, vinculación Instituciones Sanitarias-Universidad.

La posibilidad de investigación queda avalada en el Capítulo II: Del fomento y la investigación en el artículo 106.1 que establece que las actividades de investigación habrán de ser fomentadas en todo el sistema sanitario como elemento fundamental para el progreso del mismo. En el apartado 2: La investigación en biomedicina y en ciencias de la salud habrá de desarrollarse principalmente en función de la política nacional de investigación y la política nacional de salud. La investigación en ciencias de la salud ha de contribuir a la promoción de la salud de la población. Esta investigación deberá considerar especialmente la realidad socio-sanitaria, las causas y mecanismos que la determinen, los modos y medios de intervención preventiva y curativa y la evaluación rigurosa de la eficacia, efectividad y eficiencia de las intervenciones.

La nueva Ley 16/2003 de 28 de mayo (BOE 29 de mayo de 2003) de Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

En la exposición de motivos V: El capítulo III está dedicado a los profesionales de la sanidad, que constituyen un elemento esencial en la modernización y calidad del sistema sanitario español en su conjunto. .. La Ley contiene básicamente principios referidos a la planificación y formación de los profesionales de la sanidad, así como al desarrollo y a la carrera profesional y a la movilidad dentro del Sistema Nacional de Salud.

En la Sección 1ª, artículo 34 *Principios generales* se pone el énfasis en la mejora de las competencias técnicas de los profesionales...

- a) en la colaboración permanente entre los órganos de las Administraciones públicas competentes en materia de educación, sanidad, trabajo y asuntos sociales, las universidades, las sociedades científicas y las organizaciones profesionales y sindicales.,

- b) en la disposición de toda la estructura sanitaria para ser utilizada en la docencia...
- c) en la revisión permanente de la enseñanza y de la metodología educativa en el campo sanitario...
- d) en la actualización permanente de conocimientos...

Los artículos 36, 37, 38, y 39 se refieren a las diferentes formaciones, de pregrado, postgrado, continuada, profesional.

En la Sección 2ª Desarrollo profesional y modernización del Sistema Nacional de Salud, artículo 40 *Desarrollo profesional* deberá responder a criterios comunes: a) La formación continuada, b) La carrera profesional, y c) La evaluación de las competencias. El artículo 41 *Carrera profesional* El estatuto marco previsto en el artículo 84 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, contendrá la normativa básica aplicable al personal del Sistema Nacional de Salud, que será desarrollado por las comunidades autónomas. El artículo 42 *Evaluación de competencias*, es la aptitud del profesional sanitario para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociados a las buenas prácticas de su profesión para resolver los problemas que se le planteen.

En el capítulo IV *De la investigación*, en la sección 1ª *La investigación en salud* el artículo 44 Principios, en el apartado e) facilitar que en toda la estructura asistencial del Sistema Nacional de Salud se puedan llevar a cabo iniciativas de investigación clínica y básica, fomentando el desarrollo de la metodología científica y de la medicina basada en la evidencia.

Como crítica general, faltaría incluir *y de la enfermería basada en la evidencia*. Las mejoras introducidas hacen referencia a las Competencias profesionales, la Carrera Profesional, el tema de la investigación sigue igual.

4.3.2.2. Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias

Aprobado con fecha seis de noviembre por el Congreso de los Diputados, cuyo texto normativo fue publicado el sábado 22 de noviembre en el BOE.

El texto introduce la figura de un registro profesional de carácter público, establecido por los colegios profesionales y abierto a todos los ciudadanos que podrán consultar los datos académicos y profesionales de todos los que trabajen en la Sanidad. Esta nueva ley consolida, junto con la Ley de Cohesión y Calidad, un futuro en el que la calidad y la seguridad de las personas atendidas se perfilan como la seña de identidad de nuestro sistema sanitario.

El texto normativo de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) recoge conceptos y regulaciones trascendentales entre los que destacan:

- La definición de las diferentes profesiones sanitarias y la determinación de sus competencias, estableciendo la obligatoriedad de evaluar periódicamente la competencia de los profesionales.
- El reconocimiento de los enfermeros como profesionales "facultados" con autonomía propia para el ejercicio de sus competencias y responsabilidades.
- El carácter colegiado como un elemento imprescindible en la consideración de las profesiones sanitarias.
- La regulación del funcionamiento de los equipos multidisciplinares, es decir, aquellos que están compuestos por diversos profesionales sanitarios, y hoy por hoy, esenciales en cualquier intervención.
- La previsión del desarrollo de la carrera profesional que en el caso de la enfermería pasa a tener cuatro niveles, al igual que las restantes profesiones sanitarias.
- La previsión del marco regulador de las 4 especialidades en Ciencias de la <Salud (que engloba a todas las profesiones sanitarias incluyendo las históricamente reivindicadas especialidades de enfermería).
- La consideración de la formación continuada como derecho y deber de los profesionales.
- Introduce la figura de un registro de carácter público como un derecho de los paciente/usuarios y abierto a todos los ciudadanos que podrán consultar en él los datos académicos y profesionales de todos los que trabajen en Sanidad.
- Refuerza el papel de los valores deontológicos de cada una de las profesiones, como elemento clave de la excelencia profesional.

4.3.2.3. Pla de Salut de Catalunya

En el Pla de Salut de Catalunya 1993-95. Tercera parte, apartado B, capítulo 2, tema 2.4 Formació continuada dels professionals, 2.5 Recerca y 2.6 Participació dels professionals. En ninguno de estos capítulos se menciona al profesional de enfermería, en lo que hace referencia a la formación continuada de los profesionales sólo se menciona a los médicos: En el caso de los médicos la formación se hará en el marco del Consejo Coordinador de la Formación Médica Continuada.

En el Pla de Salut de Catalunya 1996-98. Capítol vuit: Implicar als professionals: En el segundo párrafo dice: " La proyección del Pla de Salut en los servicios tiene incidencia en las funciones propias de los profesionales. Da, a determinados colectivos, una dimensión más amplia de sus tareas y potencia su desarrollo. En el caso de la enfermería se potencia el desarrollo de la educación sanitaria, la realización de actividades preventivas, asistenciales y de rehabilitación, y la atención a los aspectos ligados a la calidad de vida de los paciente/usuarios.

A su vez, el Departament de Sanitat de la Generalitat de Catalunya crea el consejo asesor el 5 de septiembre de 1997 (DOGC 2477) como órgano asesor sobre aspectos profesionales referidos a Enfermería. Concretamente, la Orden señala: "La posición clave que ocupan los profesionales de enfermería en sus áreas de responsabilidades por su contacto directo con la población y con la realidad cotidiana de los servicios asistenciales, juntamente con el redimensionamiento de sus actividades derivadas de los nuevos instrumentos de planificación, hace necesario que el Departament de Sanitat i Seguretat Social y el Servei Català de la Salut puedan contar con el asesoramiento y el parecer de los profesionales de enfermería.

A estos efectos se crea el Consell Assesor d'Infermeria, integrado por profesionales de enfermería, representativos de los diferentes ámbitos de actuación de estos profesionales y se adscribe a la Subdirecció del Servei Català de la Salut".

4.4. Conclusiones

Si de algo nos hemos de sentir orgullosas las enfermeras es de la presencia de una parte de nuestros cuidados a lo largo de la historia, cuidados desde la vertiente cultural, congruentes, contruidos a partir de los conocimientos, creencias, valores y prácticas de las personas, por tanto, son cuidados significativos, sostenibles, habilitadores, respetuosos con los valores de la vida e integradores de modelos sobre los valores vitales de los cuales nos hemos de sentir orgullosas como enfermeras y profesionales que se dedican a los cuidados competentes actuales. El dominio del conocimiento abstracto, las habilidades para resolver problemas y las actitudes de solidaridad entendida desde el punto de *estar con*, son lo que en estos momentos nos identifica dentro del incipiente caminar por la filosofía de la Ciencia. Si bien es cierto que orientaciones en el cuidado han habido a lo largo de la Historia de los cuidados, no es hasta el siglo XX que se vislumbran como hipótesis explicativas que ayudan a entender la situación de los cuidados y sus creadores.

Todo modelo aspira a explicar su validez conceptual mediante una serie de supuestos como hipótesis de partida susceptibles de verificarse en la realidad. En el mismo sentido, intento explicar que la historia de los cuidados ligados a la historia de las mujeres, excluidas de los ámbitos del saber-poder, ha evolucionado con la lentitud de cualquier organismo al que le falta la savia que le dará vida. De esta falta no son ajenos, por supuesto los hombres en general y los padres del pensamiento en particular.

En la actualidad, a pesar de la escasa presencia en el conjunto del colectivo de enfermeras varones, éstos (con la aquiescencia de las enfermeras mujeres) dominan aquellas áreas más relacionadas con el prestigio y mundo varonil, el mando, la tecnología más avanzada, los laboratorios, el ejercicio liberal (masajes, medicinas complementarias, gestión de centros de cuidados, etc.)

Si bien es cierto, que si nos centramos en la competencia, autonomía y dominio del saber, la mayoría de las escritoras son los líderes de la profesión y éstas son mujeres.

En la actualidad, después del paso de gigante dado desde los años 1977 hasta 1981 en cuyo periodo se tuvo que crear de la nada nacional, y gracias a las aportaciones y visiones de los autores extranjeros, en estos años, se fue consolidando de manera autodidacta unos saberes que se han ido complementando con nuevos estudios, y prácticas. En la actualidad, la enfermería comienza a utilizar los modelos de cuidados (expresión abstracta del conocimiento enfermero), la metodología del cuidado (proceso de resolución de problemas) y se inicia en la investigación de sus propias prácticas, existen reuniones desde la enfermería basada en la evidencia, la prevención de úlceras, la investigación histórica, etc. Que hacen progresar sin prisa pero sin pausa a la enfermería hacia la convergencia europea e internacional en igualdad de oportunidades desde la participación en las comisiones de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).

Con la aprobación del nuevo título de Grado, obviamente se supone que habrá un ligero cambio.

Capítulo V. Esencia de la profesión: Tareas

5.1. Definición de tarea

El análisis de tareas nació y se desarrolló en el ámbito de la teoría y de la técnica de la organización científica del trabajo, tomando impulso de las teorías de Taylor, y, sucesivamente, por el desarrollo de la psicología del trabajo.

En España se empezó a introducir en algunas grandes empresas la valoración de las tareas hacia el año 1960. Con el desarrollo de la contratación colectiva en los años 1962 y 63, la valoración de las tareas se extendió sobre todo al sector químico y siderometalúrgico.

Para Fertoni et al (1978), es un problema para cualquier disciplina poder facilitar la comprensión de sus quehaceres mediante un lenguaje común y definitorio de los mismos, comenta que no existe, en la literatura ni en la práctica, unanimidad respecto a la terminología empleada en el análisis y valoración de *tareas*, sino únicamente algunas tendencias bastante difusas. La definición de estos conceptos proviene de los EEUU, y no se han planteado el problema de la traducción y adaptación a otros contextos y culturas. Esto se manifiesta por la "carencia" que existe en nuestra cultura. En español se ha admitido la correspondencia entre la expresión *job analysis* y el término *análisis y valoración de tareas*.

5.2. Terminología del análisis y valoración de tareas

- 1- Tarea. Uno o varios cometidos con específicos requisitos, responsabilidades y condiciones operativas, prescindiendo del número de personas que la desempeñan y de su colocación en la estructura organizativa empresarial. La tarea está constituida por uno o más puestos que tienen las mismas características, pero que resultan distintos por condiciones ambientales y de organización, cuando éstas no determinan diferencias sustanciales en los requisitos y en la responsabilidad. Tarea corresponde, mejor que ningún otro término, a la locución inglesa *job*.
- 2- Clase de tareas. Reagrupación de tareas y puestos en un intervalo de valores determinados de un modo u otro.

- 3- Clasificación de tareas. Actividad destinada a atribuir un valor comparativo a las tareas o a los puestos, estableciendo graduación de los mismos; y reagrupación convencional de diversas tareas o puestos que vengán a ser de un mismo valor y a los que corresponda un mismo nivel retributivo.
- 4- Familia de tareas. Es la reagrupación de tareas que exigen los mismos requisitos físicos y de capacitación.
- 5- Análisis de tareas. Es la representación sistemática, mediante procedimientos idóneos y siguiendo determinadas principios del contenido de las atareas, a sea, de sus elementos constitutivos: qué hace el destinado (operaciones de carácter mental o manual); cómo lo hace(modalidad operativa seguida, máquinas, utensilios, materiales, instrumentos, métodos, normas a observar, decisiones tomadas); por qué lo hace (motivos y objetivos de las operaciones desarrolladas, relación entre las operaciones y el trabajo, los cometidos, los puestos); qué precisa la tarea (requisitos físicos, aptitudes y capacidad, conocimientos, responsabilidad, condiciones organizativas y ambientales en que se desarrolla la tarea, otros datos complementarios). El análisis tiene como resultado la descripción de las tareas y su especificación.
- 6- Método de valoración de tareas. Conjunto de normas o de principios seguidos para valorar las tareas. Los métodos más conocidos son: Graduación, Clasificación, Comparación por factores, Puntuación, y Requisitos fundamentales.
- 7- Plan de análisis y valoración de tareas. Está constituido por: objetivos del análisis, procedimiento del análisis, organización del análisis, campo de aplicación del análisis y de la valoración, plan de valoración, procedimientos para la valoración, utilización de los resultados.
- 8- Procedimiento de análisis y valoración de tareas. Método seguido para poner de manifiesto, describir, y especificar las tareas, y método seguido para valorarlas.

Ejemplo del procedimiento de análisis: presentación del analista al jefe del cual depende el puesto, presentación del analista al interesado, redacción de la descripción según la correspondiente ficha por parte del analista, aprobación de la descripción y de la especificación por parte del interesado y después por la correspondiente línea jerárquica.

Siguiendo el análisis de Fertoni, he contrastado su análisis de tareas con las propuestas de los paradigmas enfermeros más utilizados en el estudio de la progresión en el conocimiento enfermero:

Tabla 5.1 Contenido de las tareas La "fórmula" del análisis

Qué hace	Cómo lo hace	Por qué lo hace	Qué exige la tarea.
Actividades Físicas	Método trabajo	Objetivos	Conocimientos
Actividades Intelectuales	Protocolo	Suplir	Habilidades
	Procedimiento	Ayudar	Actitudes
	Valoraciones	Informar	
	Toma decisiones	Asesorar	
		Educar	

Fuente: Elaboración propia a partir de Fertoni (1978)

Las tareas desde la perspectiva de los paradigmas enfermeros: conceptos teóricos de persona, entorno, salud y rol profesional:

La física y la sociología por poner un ejemplo, son disciplinas llamadas teóricas, la medicina y la enfermería, son disciplinas profesionales, es decir, que están sobre todo orientadas hacia la práctica (Donaldson y Crowley, 1978 citado por Kérouac et al.(1996): El Pensamiento enfermero Pág.2. Según su perspectiva única y sus propios procesos de reflexión, conceptualización e investigación, las disciplinas profesionales tienen por objeto desarrollar los conocimientos que servirán para definir y guiar la práctica. Las grandes corrientes de pensamiento, o maneras de ver o comprender el mundo, llamadas "paradigmas", principalmente por el filósofo Kuhn (1970) y el físico Capra (1982). Estos pensadores han precisado los paradigmas dominantes del mundo occidental, paradigmas que han influido en todas las disciplinas.

Con el fin de precisar las características de la disciplina enfermera, Jacquelyn Facwett (1984) ha examinado los escritos de varias enfermeras teóricas y ha reconocido, como Flakerud y Halloran (1980), que los conceptos cuidado, persona, salud y entorno están presentes en estos escritos, a menudo de manera explícita y a veces de manera implícita.

5.2.1. Tendencias y escuelas de pensamiento actuales

Si nos atenemos a las últimas tendencias, las escuelas de pensamiento responden a preguntas tales como, ¿qué hacen las enfermeras?, ¿cómo hacen las enfermeras lo que están haciendo?, por qué lo hacen, etc. Esta es la premisa de la que parte Kérouac et al., para identificar la pertenencia filosófica y escuela de pensamiento, la agrupación es la siguiente:

a) Paradigma de la categorización

Aplicado al campo de la salud, este paradigma orienta el pensamiento hacia la búsqueda de un factor causal responsable de la enfermedad. Este paradigma ha inspirado dos orientaciones en la profesión enfermera desde 1859 hasta 1969: 1). Centrada en la salud pública que se interesa tanto en la persona como en la enfermedad y 2). Una orientación centrada en la enfermedad y estrechamente unida a la práctica médica. El modelo representativo de esta corriente es el de Florence Nightingale.

b) Paradigma de la integración

Entre 1950 y 1975 dos hechos importante marcaran este periodo: la urgencia de los programas sociales y el desarrollo de los medios de comunicación. Teorías sobre la terapia orientada hacia el paciente/usuario de Rogers, o la teoría de la motivación de Maslow (1970) confirman un reconocimiento de la importancia del ser humano en el seno de la sociedad. Estas teorías han dado lugar al paradigma de la integración inspirando la orientación hacia la persona. Las corrientes de pensamiento descritas por Kérouac et al., nos describen los diferentes modelos y según sus bases filosóficas y científicas podemos agruparla en 4 escuelas:

c) Escuela de las necesidades

 Qu  hacen las enfermeras? = Atender a la persona a alcanzar su independencia. Modelos característicos son V.Henderson, Dorothea Orem y Nancy Roper.

 Qu  hacen las enfermeras? = Definir "Atender " e "Independencia".

Atender = Mirar por alguna persona o cosa, o cuidar de ella.

Independencia = Los términos independencia, autonomía y autodeterminación, a veces lleva a confusión. Independencia es la característica de una persona capaz de ejercer libremente su actividad, sin depender de otro, capaz de ser autónoma; autonomía significa independencia, posibilidad de decidir por uno mismo, mientras que la autodeterminación es la capacidad de determinarse, es decir, de decidirse a actuar, a tomar una determinación, una decisión. Para Erikson (1968), el término "autonomía" implica "independencia emocional". Por lo tanto, ¿Qué hacen las enfermeras?: ayudan, suplen, motivan, en definitiva, conservan y restablecen la independencia de la persona de manera que pueda llegar por sí mismo a satisfacer sus necesidades fundamentales.

Las tareas son aquellas que el paciente/usuario llevaría a cabo si tuviera la fuerza física y la voluntad para ello o poseyera los conocimientos requeridos. Henderson 1994.

d) Escuela de la interacción:

¿Cómo hacen las enfermeras lo que están haciendo? = Comprometiéndose con el cuidado. Modelo característico es el de Hildegard Peplau.

¿Cómo lo hacen las enfermeras?: Definir "Comprometerse y Cuidado"

Comprometerse = Poner de común acuerdo en manos de otro la determinación de una diferencia. Obligación contraída, palabra dada.

Cuidado = Lo define como la relación interpersonal terapéutica orientada hacia un objetivo que favorezca el desarrollo de la personalidad según un proceso en cuatro fases: orientación (busca ayuda), Identificación (de la ayuda que precisa), profundización (se pone a trabajar en su problema, y resolución (ha logrado el desarrollo de su personalidad). Las tareas son llamadas tareas psicológicas: Aprendiendo a contar con los demás. Dependencia y deseos de dependencia en enfermería. El paciente/usuario tiene que aprender a contar con las enfermeras para conseguir el bienestar y la satisfacción de sus deseos de modo muy similar a como el niño aprende a alcanzar satisfacción de su madre. Clarificar las situaciones en que las enfermeras pueden ayudar al paciente/usuario a desarrollar su personalidad, enfrentándose juntos a una dificultad ayuda a madurar.

Aprendiendo a posponer la satisfacción. Aprender a posponer la gratificación en enfermería. Cuando las enfermeras se enfrentan a la tarea de ayudar al

paciente/usuario a posponer sus deseos y los sentimientos de satisfacción ligados a ellos, tienen que comprender estas relaciones para practicar una enfermería inteligente.

Identificándose uno mismo. El concepto de sí mismo observado en las situaciones de enfermería. Una de las tareas más importantes de la vida es la de identificarse a uno mismo. Tan pronto como enfermera y paciente/usuario llegan a conocerse y respetarse mutuamente y elaboren formas de atender las dificultades del paciente/usuario en un esfuerzo común, se desarrollará una relación de interdependencia recíproca.

Desarrollo de habilidades de participación. Habilidades de participación necesarias en las situaciones de enfermería. Una sociedad democrática exige participación. Cuando no se ha aprendido en experiencias anteriores, las enfermeras tienen la oportunidad de facilitar su aprendizaje en el presente y ayudar a sí a la promoción de una sociedad democrática.

e) Escuela de los efectos deseados o de objetivos:

¿Por qué las enfermeras hacen lo que hacen? = A través de objetivos que preserven la homeostasis. Modelo característico es el de Callista Roy.

Definir Objetivos y homeostasis.

Objetivos = Fin o intento de una operación.

Homeostasis. = Tendencia del cuerpo a mantener un estado de equilibrio a la vez que cambia continuamente. La homeostasis fisiológica significa que el medio interno del organismo es relativamente constante y estable. Existen los mecanismos reguladores por los que se mantiene en este equilibrio. La homeostasis psicológica se refiere al equilibrio emocional o psicológico o a un estado de bienestar mental.

Las tareas van dirigidas a conseguir los resultados esperados en materia de adaptación en los cuatro modos de vida (fisiológico, la autoestima, la función del rol, y la interdependencia) como Roy describió a la persona.

Fisiológico: la enfermera ayuda con sus actividades a adaptarse en las necesidades básicas para conseguir la integridad operativa.

Autoestima: la enfermera ayuda con sus actividades a adaptarse física y espiritualmente.

Desempeño del rol: La enfermera ayuda con sus actividades a adaptarse para conseguir la integración social.

Interdependencia: La enfermera ayuda con sus actividades en la integridad de las relaciones.

5.2.2. Paradigma de la transformación:

A partir de los años 70 representa un cambio de mentalidad sin precedentes. Es la base de una apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo. Hechos como diversidad, transculturalidad, comunicación, etc. forman parte de este paradigma para hacer posible entender el mundo cambiante. Ha inspirado las nuevas concepciones de la disciplina enfermera:

a) Escuela del ser humano unitario

¿A quién van dirigidos los cuidados? = A la persona unitaria. Modelo característico es el de Martha Rogers.

Definir persona unitaria: Campo humano que interactúa con un campo del entorno, en concreto el ser humano y su entorno son campos de energía. El campo humano se define como un campo de energía irreductible, indivisible y pandimensional. El fin de la enfermería es el de fomentar la salud y el bienestar para todos los individuos. Las tareas son la terapia del tacto terapéutico, la muestra de imágenes guiadas, la meditación, la autorreflexión, las reminiscencias controladas, escribir un diario, la hipnosis, el humor, el ritmo del sueño, el control de la dieta y el ejercicio físico. Para McKenna (1997), Rogers construyó una teoría idealista muy compleja y que como ella misma decía, podría ser peligroso que la aplicaran enfermeras que no fueran expertas en teorías de campos magnéticos y ciencias en general.

b) Escuela del "Caring"

¿Cómo las enfermeras hacen lo que hacen? = A través de acciones que contemplen la espiritualidad y la diversidad cultural. Modelos característicos son los de Madeleine Leininger y Jean Watson

Definir acciones, espiritualidad y diversidad cultural.

Acciones = Las acciones son: preservación de los cuidados culturales (mantener o

preservar la salud, recuperarse de una enfermedad o enfrentarse a la muerte.
Acomodación a los cuidados culturales (acciones y decisiones que ayudan a adaptarse o negociar un estado de salud beneficioso o a enfrentarse a la muerte.
Remodelación de los cuidados culturales (acciones y decisiones que ayudan a los paciente/usuarios a reestructurar o cambiar sus estilos de vida por patrones nuevos o diferentes que son culturalmente significativos, satisfactorios o el soporte de una vida saludable.

Espiritualidad = Valores y creencias y prácticas culturales.

Diversidad cultural

Las tareas son trabajar las ideas sobre la salud y los hábitos de vida de las distintas culturas, pues así servirán de base para prestar unos cuidados específicos a esa cultura. Para Leininger, los Cuidados son la esencia de la enfermería y el rasgo distintivo, dominante y unificador de la misma.

De todas las tareas que se desprenden de los paradigmas anteriores, la enfermería de este país, actualmente realiza la mayoría de tareas si bien no adscritas a un modelo conceptual concreto. Si nos atenemos a lo que nos plantean diferentes teóricos descritos en McKenna (1989): Aunque muchos autores mantienen que la mayoría de las teorías son aplicables a cualquier marco teórico (Lister, 1987), la elección de una sola teoría para su aplicación uniforme en toda un área de práctica es concebido como algo imprudente (McKenna, 1989). ¿Deben las enfermeras y los usuarios soportar que una teoría encaje de una manera menos deseable únicamente por conformidad? En tal caso, la mayoría de la información del cuidado del usuario estará forzada a encajar en categorías insostenibles, mientras que para otros simplemente no existirán ni una categoría disponible. Además las enfermeras, de forma individual, tienen sus experiencias, conocimientos y habilidades únicas. Si obligáramos a las enfermeras a utilizar una sola teoría retornaríamos a la enfermería del libro de procedimientos y a la mentalidad del modelo médico del pasado.

Después de todo, la mayoría de profesiones de práctica avanzada disponen de múltiples teorías que forman lo que llamaríamos "kit de herramientas teórico".

En este caso, tal como se plantea la compleja actualidad, la enfermera, basándose en su conocimiento y experiencia, debe utilizar un modelo conceptual que guíe su

acción a la vez que incorpora teorías que le ayudan a entender la complejidad del ser humano.

5.2.3. Las tareas desde la Organización Mundial de la Salud (OMS)

Guilbert (1977) en su Guía Pedagógica para el Personal de Salud, clasifica los quehaceres en tres dimensiones, Funciones (conjunto de actividades tendentes a un mismo fin que realiza una persona para desempeñar su papel en la sociedad), Actividad (conjunto de actos y de tareas llevadas a cabo por una persona), y tareas (trabajos concretos que deben efectuarse). "Si se analiza cada tarea se percibe que su cumplimiento comporta destrezas (habilidades clínicas), actitudes (relaciones interpersonales que incluyen: receptividad, e interiorización del respeto, por ejemplo), y conocimientos (campo de la actividad intelectual que implica según Bloom (1956) y McGuire (1963), conocimientos, generalización, solución de un problema, evaluación y síntesis, -método de resolución de problemas-).

5.2.4. Situación actual en España

De las actividades que realizan las enfermeras, la educación sanitaria, una de las tareas en la que las enfermeras, sobre todo de atención primaria, han invertido sus esfuerzos formativos, en un estudio reciente sobre población con VHB y/o C (Cros Carulla et Alt. 1998) una de las conclusiones que presentan es que los pacientes/usuarios estudiados, en su mayoría, no reconocen a la enfermera en su rol de educadora de la salud. Tendríamos, -dicen- que explicar mucho más a la sociedad nuestro trabajo.

En este sentido y hasta la fecha, las tareas realizadas por la enfermera, importantes por su necesidad, no son reconocidas por la sociedad como tareas específicas de la enfermera. El reconocimiento social viene dado más por el trato que por las actividades. Así, en la Enquesta de salut de Catalunya (1994), el grado de satisfacción de los usuarios respecto al trato de las enfermeras era un 45,707% muy satisfactorio y un 50,917% satisfactorio. En total, el 96,624% muestran su

satisfacción por el trato recibido de las enfermeras sin que quede especificadas en la encuesta las tareas que éstas y los médicos realizan.

En las jornadas del V Simposium de Diagnósticos Enfermeros, celebrado en Valencia en mayo de 2004 desde la tribuna nos plantean varias hipótesis, poniendo el énfasis en que, es necesario adaptar la situación de la enfermería a los mercados potenciales y en la necesidad de dar respuesta a lo que los paciente/usuarios demandan, entendiendo como paciente/usuarios, los contratadores y los paciente/usuarios, además de las exigencias cada vez más cualificadas de los Colegios profesionales en sus Guías de Competencias Profesionales (caso de Catalunya):

✓ Demanda de los paciente/usuarios paciente/usuarios:

En los últimos años las enfermeras han detectado que la demanda de los paciente/usuarios iba más allá de lo puramente relacionado con la enfermedad, y tampoco quedaba claramente configurado en el ámbito de la ayuda social. Ejemplo de esto son demandas de aprender a cuidarse por si mismo, a pedir ayuda para aumentar la calidad de vida en un paciente/usuario que ha de aprender y aceptarse a ser diabético, a poder protegerse de los riesgos de enfermar, pedir ayuda para decidir la posibilidad de entrar en un programa de trasplante de bazo. Las dificultades que podemos tener en responder de forma eficaz, por falta de conocimientos y habilidades a estas demandas refuerzan la necesidad de buscar y ensayar "nuevas" acciones de cuidar. Una de las decisiones importantes tanto por parte de los Centros asistenciales que ofertan formación continuada, Colegio Profesional, Sindicatos, ha sido crear una red de cursos en los que las enfermeras participan y cada vez lo hacen de manera más frecuente.

✓ Gestión servicios sanitarios orientados a la eficiencia:

Los recursos sanitarios son limitados, y por ello, la oferta de servicios se hace cada vez más necesario ajustarlos a la demanda. ¿De que manera afecta este hecho a la enfermería? Cuando hablamos de eficiencia, nos referimos a evaluar los resultados a un coste aceptable socialmente; como dice Dominguez-Alcón (1985): "*es con relación*

a los resultados con lo que adquiere sentido el ser profesional. Para reflexionar sobre resultados en enfermería es necesario clarificar nuestros objetivos y poder comunicarlos". Las enfermeras, desde hace unos 7-5 años, han intuido que trabajar en beneficio de su profesionalización, pasa por el cambio en la dialéctica del cuidado: el concepto de calidad total, Procesos por Guías Clínicas, asignación de casos, escalas para medir grados de dependencias, ya no son algo foráneo. Forma parte de su práctica habitual.

✓ **Objetivos de los servicios sanitarios:**

Cada vez se impone con más fuerza la concepción de que los servicios sanitarios han de primar en muchos casos el cuidado respecto a la curación. Si en los hospitales en ocasiones resulta difícil percibir el cuidado, es en los servicios comunitarios donde se ponen de manifiesto con más fuerza; los cuidados dirigidos a ayudar a la reinserción a la vida cotidiana, el apoyo a las familias con paciente/usuarios crónicos y/o terminales, son parte de las nuevas tareas incorporadas al quehacer enfermero, ahora bien, serán precisamente, las enfermedades crónico-degenerativas y el envejecimiento de la población las que al encarecer el producto sanitario, y el aumento de la formación de la población para gestionar su enfermedad, serán la base de los nuevos sistemas de prestación sanitaria. Un mayor nivel y utilización de los sistemas de comunicación por parte de los paciente/usuarios, incrementa la necesidad de estar al día en publicaciones, bases de datos y cursos formativos para mejorar la seguridad en los propios conocimientos profesionales. Las enfermeras se inician en la prestación on-line de cuidados de enfermería.

✓ **Desde la enfermera gestora**

La vía de la gestión, en los últimos años en nuestro país, ha supuesto un medio de promoción para las enfermeras y en ello han coincidido diversos factores.

La necesidad del sistema sanitario de profesionalizar la gestión, motivó la formación en administración de servicios sanitarios a personas, entre ellas a las enfermeras. Estos puestos de trabajo adquirieron reconocimiento y estatus social.

Actualmente tenemos a enfermeras que son gestoras competentes. La reflexión en este caso estaría dirigida a sí al administrar servicios de enfermería, tenemos en cuenta como mínimo lo siguiente: primero, clarificar nuestros objetivos y poder comunicarlos; segundo, garantizar la eficiencia de los cuidados.

Un aspecto importante a no olvidar, es la necesidad de crear un clima que permita que las enfermeras reflexionen sobre su práctica diaria y dar tiempo para la investigación.

✓ Como enfermera del equipo multidisciplinario

La integración de las enfermeras en los equipos de salud, es y ha sido una experiencia enriquecedora, por la reflexión que ha generado pues al integrarse con otros profesionales sanitarios, no exclusivamente médicos, en algunos casos pudo suponer el descubrimiento de ámbitos nuevos de conocimiento que podían llenar aquellos vacíos que habíamos detectado.

¿Este conocimiento nuevo nos daba mas sentido como profesionales, esto es, a ser más eficaces en los cuidados de enfermería? ¿Qué objetivos tenía el equipo?, ¿Estos iban dirigidos a que fin?

En definitiva se trata de preguntarnos si la aportación de las enfermeras a los equipos de salud está dirigida al objeto de enfermería, contribuyendo a las necesidades de salud de la población; otra razón para participar en los equipos no existe, si somos personal de apoyo a los otros expertos renunciamos a nuestra contribución específica.

✓ Comunicar las reflexiones y experiencias:

Comunicarnos para compartir aspectos detectados en nuestra reflexión sobre la practica, es muy importante porque puede señalarnos caminos, aspectos concretos etc. que puede hacer el esfuerzo más gratificante y sin duda el sentirse identificado a un grupo profesional, con el que comparte experiencias y intereses, aumenta el sentido de pertenencia.

La necesidad de transmitir experiencias más allá de nuestro medio conocido, geográfica y profesionalmente, en nuestro caso está poca desarrollada. Las razones pueden ser múltiples:

- Ser un colectivo que la proporción de mujeres es abrumadora y marca una forma de percibir el mundo con sus ventajas y sus inconvenientes, entre estos últimos, un rol social secundario con una vertiente de sumisión puede dificultar a mi parecer, la consideración de esta necesidad como prioritaria.
- La escasez de recursos para transmitir estas experiencias, ya sean publicaciones más allá del ámbito local y de reconocido prestigio (Index) o encuentros para comunicarlas.

Considerando la importancia de reflexionar sobre la práctica, vale la pena buscar vías que permitan mejorar lo que tenemos y crear lo que nos falta en palabras de Jean Watson..

Las bases para conseguirlo son la investigación y la innovación.

Investigar a partir de las Competencias las tareas que harán posible el reconocimiento de la enfermería como una disciplina científica e innovar las tareas de ayuda al Diagnóstico y tratamiento médico hoy por hoy base de nuestra supervivencia.

5.3. Situación actual: nuevas necesidades para crecer

La primera hipótesis que planteo es que las tareas profesionales han avanzado y este avance está en relación con la formación universitaria de los últimos veinte años.

Por ello, la profesión reitera la necesidad de incorporarse a la Universidad como una licenciatura de 2º Ciclo. En la actualidad la Universidad de Alicante ha presentado la aprobación de la licenciatura en Enfermería como título propio. De la carga lectiva total (150 créditos), destacan los créditos dedicados a profundizar en gestión de recursos sanitarios, a investigación y cuidados de enfermería. De estos 150 créditos,

12 son para la Economía de la salud, 18 para la investigación, 9 para teoría y método en enfermería 15 para cuidados de enfermería ante las nuevas demandas sociales. La Universidad de Barcelona lo tenía en proyecto de cara al año 2000, en la actualidad se está a la espera del dictamen de la comisión que gestiona el Programa de Convergencia europea. La licenciatura es un hecho Directiva del Parlamento Europeo y del Consejo relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales. En el Anexo V.2: Enfermero responsable de cuidados generales: Ver **Tabla 5.2**

5.3.1. Conocimientos y competencias

- Un conocimiento adecuado de las ciencias que constituyen la base de los cuidados generales, incluido un conocimiento del organismo, de las funciones fisiológicas y del comportamiento de las personas en buen estado de salud y enfermas, así como las relaciones entre el estado de salud y el entorno físico y social del ser humano.
- Un conocimiento adecuado de la naturaleza y ética de la profesión de los principios generales relacionados con la salud y sus cuidados.
- Experiencia clínica adecuada; ésta deberá adquirirse bajo el control de personal de enfermería cualificado y en los lugares donde el personal y los equipos sean apropiados para los cuidados de enfermería que haya de dispensar al paciente/usuario.
- Capacidad para participar en la formación del personal sanitario y experiencia en la colaboración con ese personal.
- Experiencia en la colaboración con otros profesionales del sector sanitario.
- Programa de estudios: lo podemos ver a través de la tabla siguiente:

Tabla 5.2. Programa de estudios

Enseñanza teórica:
Cuidados de enfermería:
Orientación y ética de la profesión
Principios generales de salud y de cuidados de enfermería
Principios de cuidados de enfermería en materia de:
Medicina general y especialidades médicas
Cirugía general y especialidades quirúrgicas
Puericultura y pediatría
Higiene y cuidados de la madre y del recién nacido
Salud mental y psiquiatría
Cuidados de ancianos y geriatría
Ciencias básicas:
Anatomía y fisiología
Patología
Bacteriología, virología y parasitología
Biofísica, bioquímica y radiología
Dietética
Higiene:
Profilaxis
Educación sanitaria
Farmacología
Ciencias sociales:
Sociología
Psicología
Principios de administración
Principios de enseñanza
Legislación social y sanitaria
Aspectos jurídicos de la profesión.
Enseñanza clínica:
Cuidados de enfermería en materia de:
medicina general y especialidades médicas
Cirugía general y especialidades quirúrgicas
Puericultura y pediatría
Higiene y cuidados de la madre y del recién nacido
Salud mental y psiquiatría
Cuidados de ancianos y geriatría
Cuidados a domicilio

Fuente: Directiva del Parlamento Europeo y del Consejo relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales : COM 2002/0119-COD. 2002/0061. Diario Oficial nº C181 E de 30/07/2002 p.0183-0257

La enseñanza de una o de varias de estas materias podrá impartirse en el marco de las otras disciplinas o en conexión con ellas. La enseñanza teórica deberá ponderarse y coordinarse con la enseñanza clínica de manera que se adquieran de forma adecuada los conocimientos y competencias enumeradas en este anexo.

Descrito el escenario, esperamos que en poco tiempo se unifiquen los planes de estudio ya que no todos en la actualidad tienen los mismos créditos y por lo tanto si eso repercute en la orientación y contenido en estos momentos, se espera una modificación con la nueva legislación europea. Otra esperanza de futuro es que los profesores que imparten conocimientos enfermeros, sean profesionales de

enfermería. En la actualidad, Rosa María Blasco (1989) en una mesa redonda de la AEED bajo el lema Escuelas de Enfermería planteó que de las 112 Escuelas de Enfermería 97 adscritas y 15 integradas en la Universidad, el profesorado de éstas últimas es de: 120 médicos de los cuales 21 son catedráticos, 119 enfermeras y hasta 29 resto de profesiones.

De todas formas los resultados son muy buenos teniendo como punto de partida la situación anterior, los estudios de Ayudante Técnico Sanitario (ATS) cuya formación corría a cargo de los médicos en su totalidad.

Esta necesidad de unificar el conocimiento, unido a la necesidad de unificar en un sólo cuerpo profesional, definir y mantener las jurisdicciones y garantizar los estándares de conocimientos y tareas que les corresponden es una de las metas de las Asociaciones de Enfermería españolas.

Si nos atenemos a los descriptores de las materias que se imparten actualmente en los planes de estudios tanto de la Universidad de Barcelona como en los de la Universidad Autónoma de Barcelona, sus contenidos, orientaciones se corresponden con las materias descritas para el perfil de enfermero de cuidados generales. Este cambio ha sido posible por la modificación del Real Decreto 1497/1987, de 27 de noviembre, por lo que se establecen las Directrices Generales comunes de los Planes de Estudios de los títulos universitarios de carácter oficial y validez en todo el territorio nacional. Las modificaciones que han dado lugar a este cambio conceptual fueron:

Artículo 6.- El RD 1466/1990 de 26 octubre, modificado por el RD 1667/1990, de 20 de diciembre, por el que se estableció el título universitario oficial de Diplomado en Enfermería y las directrices generales propias de los planes de estudio conducentes a la obtención de aquél, mantuvo su vigencia, salvo la directriz segunda del anexo, que quedó redactada de la siguiente manera:

"Segunda.- 1. Los planes de estudios que aprueben las Universidades deberán articularse como enseñanzas de primer ciclo, con una duración de tres años, de acuerdo con la opción prevista en La Directiva 77/453/CEE. Modificada por la

89/595/CEE. Los distintos planes de estudios conducentes a la obtención del título oficial de Diplomado en Enfermería determinarán, en créditos, la carga lectiva total, que no podrá ser inferior a 205 ni superior al máximo de créditos que para los estudios de primer ciclo permite el RD 1497/1987.

2. La Universidades establecieron en sus planes de estudio las correspondencias extraordinarias del crédito necesarias para garantizar la formación a tiempo completo, específicamente profesional, a que se refiere el primer inciso del apartado 2.b del anexo II del RD 305/1990, de 23 de febrero, modificado por el RD 1275/1992, de 23 de octubre, que incorporaron al ordenamiento jurídico español las Directivas mencionadas en el apartado 1 anterior, teniendo en cuenta lo establecido en el apartado 7º del artículo 2 del RD 1497/1987.

Por este motivo, especificaron las horas que los alumnos debían dedicar, de acuerdo con la oportuna programación docente, al aprendizaje de la asistencia clínica en Instituciones Sanitarias, en el marco de lo dispuesto por el RD 1558/1986, de 28 de junio, modificado por los RD 644/1988, de 3 de junio, y 1652/1991, de 11 de octubre.

3. De conformidad con lo previsto en el anexo II del RD de transposición de las Directivas a que se hace referencia en el apartado 2 anterior, la enseñanza teórica prevista en el plan de estudios debería ponderarse y coordinarse con la enseñanza clínica, de manera que se adquieran de forma adecuada los conocimientos y experiencias enumeradas en la Directriz Primera. La duración de la enseñanza teórica deberá ser de, al menos, un tercio, y la de la enseñanza clínica de, al menos, la mitad, de la carga lectiva prevista en el plan de estudios.

Dos. Se incluyó el área de conocimiento "Personalidad, evaluación y tratamiento psicológico" en la materia troncal "Ciencias Psicosociales aplicadas", del anexo al RD a que se refiere el párrafo primero del apartado uno (1466/1990).

Este cambio enmarca los estudios en la línea de adaptar los estudios del área de Ciencias de la salud al nuevo marco Europeo de Educación Superior. En la reunión del día 17 de septiembre la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA), se plantea algunas preguntas conducentes a organizar en los albores del siglo XXI los estudios de Ciencias de la Salud de forma flexible pero con la calidad que la sociedad demanda. El perfil de los profesionales (concretamente el de enfermería actual, se adecua perfectamente a las nuevas directivas en la línea del perfil del enfermero de cuidados generales de la Comisión Europea (Documento

Propuesta de directiva del Parlamento Europeo y del Consejo relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales/*COM/2002/0119-COD. 2002/0061*/ Diario Oficial nº C181 E de 30/07/2002 p.0183-0257.

5.4. Perspectivas de futuro: acabar de perfilar y definir las tareas

La segunda hipótesis es que las tareas que han hecho avanzar las prácticas de las enfermeras están relacionadas con el proceso de resolución de problemas y toma de decisiones.

Si nos atenemos a las dificultades de definir una profesión (Freidson, 1994) yo situaría a la enfermería en el grupo de ocupaciones que intentan mejorar su escaso prestigio y debilitada posición económica.

Según diversas autoras, la necesidad de una formación universitaria de segundo y tercer ciclo, de un desarrollo de la práctica basada en la evidencia científica disponible (Icart Isern 1998). De una investigación que posibilite la conquista del poder profesional (Alberdi 1998), resume la actualidad en tres puntos clave:

- La existencia de corporaciones sin un proyecto global,
- Líderes reconocidos en espacios concretos y que adolecen como las corporaciones, de una falta de un proyecto profesional
- Pocas enfermeras con prestigio a consecuencia del escaso reconocimiento por parte del colectivo de su competencia en cualquier ámbito profesional.

La estrategia pasa por abordar las relaciones con las corporaciones (afiliados, socios, colegiados) exigiendo un proyecto profesional que justifique cada una de sus actividades, así como, que los líderes actúen de acuerdo con un proyecto profesional y que sus acciones estén siempre encaminadas a consolidarlo y difundirlo y que lideren, o sea que conduzcan el grupo hacia una posición de avance, como si fuesen directores de orquesta.

Rosette Poletti y Bárbara Dobbs (ROL junio 1998), se preguntan, una vez que el proceso científico de resolución de problemas se enseña y practica ampliamente,

¿Qué queda por hacer? ¿Qué evolución podemos vislumbrar para responder a las necesidades de los europeos en los 20 años venideros?

Para estas autoras, serán aquellos que vienen a reconocer que el ser humano busca perpetuamente llevar a cabo cinco tareas esenciales en su vida:

1. Darle sentido a su pasado, desarrollar y afirmar su identidad.
2. Integrarse socialmente, buscar una coherencia, una seguridad.
3. Construir proyectos, abrirse al futuro, esperar.
4. Adaptarse, afrontar el estrés, la enfermedad, los cambios, el envejecimiento. Y finalmente y sobre todo:
5. Darle sentido a la vida.

La relación cuidador-cuidado ha de pasar de "tener cuidado" a "dar cuidado" dando el soporte que permita conseguir mejor las cinco "tareas" de la vida. Cuidar de su salud, sanarse cuando se está paciente/usuario, aceptar vivir con un handicap, envejecer en buenas condiciones... todo eso sobrepasa la dimensión habitual de los sistemas de salud basados en el modelo médico. En definitiva, plantean ser cuidado desde la perspectiva del "caring"

Pilar Arcas(1993) subraya el interés y la importancia del hecho de reflexionar, no sólo en la vida cotidiana sino en el ámbito del conocimiento reflexión es la capacidad de conocimiento interno.

Dorotea Orem (1987), comenta que las definiciones de V.Henderson y de ella misma en los años 50, expresan claramente "el objeto propio" de la enfermería, utilizándolo en el sentido filosófico y científico, "es aquello que es estudiado u observado, hacia lo que se dirige la acción para obtener información o provocar algunas condiciones nuevas". Añade que "ambas manifestaciones suponen que los hombres y las mujeres, normalmente se cuidan ellos mismos a diario para mantener la vida, la salud y el bienestar, pero que, en ciertos casos, pueden encontrarse con limitaciones para hacerlo. Estas limitaciones están en relación con lo que los individuos saben hacer para cuidarse pero no son capaces de hacerlo en un determinado momento, y con lo que necesitan hacer pero no saben cómo o no quieren hacerlo".

La legislación en nuestro país, y, concretamente, la Ley de Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, y la Ley de Ordenación de las profesiones sanitarias, manifiestan y exigen un papel más activo por parte de la enfermera para que acceda a todos los niveles de toma de decisiones en la gestión de los servicios sanitarios. Es en los servicios comunitarios donde la enfermera como miembro del equipo de salud que comparte con otros profesionales la atención a la salud de la población, puede con más facilidad, intervenir en el proceso de toma de decisiones desde su perspectiva de agente de cuidados de salud de la población (como diría Orem). La toma de decisiones incidirá en el desarrollo profesional, sólo si éstas van dirigidas al objeto propio de enfermería, pues es el fin último de las mismas. Orem, también propone que es necesario reflexionar sobre el cuándo y el por qué la gente necesita cuidados enfermeros y concluye que las respuestas van ligadas a la formación y experiencia de la enfermera. Las decisiones se toman cuando hay conciencia clara del quehacer profesional.

La tercera hipótesis es que las actividades de cuidado son muy difíciles de identificar porque corresponden a ideas abstractas

Actualmente se está desarrollando el proyecto de Normalización de las Intervenciones para la Práctica de la Enfermería (NIPE). Este proyecto es fruto de la colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Consejo General de Enfermería.

Una de las fases de este proyecto tiene como objetivo validar las intervenciones de enfermería definidas en el sistema de clasificación de intervenciones de la Universidad de Iowa (Sistema NIC o CIE en la traducción al castellano).

El proceso de validación de cada intervención abarca a toda su estructura: la etiqueta o nombre que identifica la intervención, la definición que describe la acción terapéutica que se pretende alcanzar con su aplicación, así como cada una de las actividades que conforman la intervención.

La metodología diseñada para esta fase comprende la utilización de la técnica Delphi. El desarrollo de dicha técnica precisa de la opinión de profesionales expertos

en cada intervención a validar. La dirección y coordinación de cada panel Delphi, es responsabilidad de un grupo de trabajo o grupo monitor, que recaba la opinión de los expertos y elabora una propuesta surgida del consenso alcanzado entre todos ellos.

La validación de cada intervención, por tanto, sólo será posible con la participación activa de los profesionales expertos identificados para cada una de ellas.

En este sentido, sigue una metodología similar a la de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) en su búsqueda para validar los Diagnósticos de Enfermería.

En la actualidad ya contamos con profesionales españoles trabajando con la organización, en el año 2004, se validó un diagnóstico enfermero propuesto por Adolf Guirao enfermero del Servei de Salut Valencia i profesor de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valencia. Este diagnóstico "Sedentary Life Style " = Sedentarismo, ha sido aprobado en su categoría dentro de la etapa 3.2, es decir que se ha aprobado por la presentación del apoyo clínico en el que se sustenta (para su validación y puesta a prueba). Es el primer diagnóstico no anglosajón aceptado por la NANDA, según Linda Carpenito que fue la que lo anunció en el V Simposium de Diagnósticos de Enfermería celebrado en Valencia los días 13 y 14 de mayo de 2004. Como se ve, estamos avanzando en nuestras tareas.

Otras aportaciones no tan solo derivan del campo del académico, desde el asistencial, tenemos dos aportaciones, una de un enfermero de la Vall d'Hebron, que junto con un profesor de física de la UAB diseñaron una linterna con un rayo de luz que permite visualizar el trayecto venoso sin mayor dificultad, y otro enfermero que ha creado el émbolo retráctil para evitar los pinchazos casuales de los profesionales. Paso a paso, los nuevos saberes dan lugar a nuevas herramientas y por tanto, a nuevas mejoras en la praxis clínica.

5.5. Conclusiones

El crecimiento de una profesión se mide en términos de competencias y de su capacidad para crear conocimiento, tecnologías y por tanto consolidar su propia "jurisdicción" en términos de Abbott (1986). Las competencias ya han sido publicadas con fecha 1997, su aplicación curricular desde 1999 (Proyecto metodológico de la Escola D'Infermeria Vall d'Hebron en Barcelona, basado en el Aprendizaje Basado en Problemas (ABP/PBL) en sus siglas en inglés. Estas competencias permiten a los futuros profesionales unirse a la riqueza actual de profesionales que desde el campo asistencial están trabajando en asociaciones científicas que son capaces de presentar en sociedad a 9 hospitales de rango medio del área catalana (La Esperanza, las dos Cruz Roja, Arnau de Vilanova, Santa Tecla de Reus, Lleida, Girona. San Joan de Deu, que están trabajando con los diagnósticos de la NANDA y los criterios de resultado - NOC- de la Universidad de IOWA y las intervenciones basadas en la Evidencia NIC, también de la Universidad de IOWA. Este trabajo presentado en el V Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería celebrado en Valencia los días 13 y 14 de mayo de 2004, nos da la medida del ritmo en que se está trabajando en las nuevas tareas del cuidado. Desde la atención del día a día, se intenta atender las nuevas demandas de los paciente/usuarios paciente/usuarios, éstas pasan a menudo por: querer aprender a cuidarse por si mismo, aprender a pedir ayuda para aumentar la calidad de vida en un paciente/usuario que ha de aprender y aceptarse a ser diabético, aprender a poder protegerse de los riesgos de enfermar, etc.

Desde la gestión servicios sanitarios orientados a la eficiencia: las enfermeras, desde hace unos 7-5 años, han intuido que trabajar en beneficio de su profesionalización, pasa por el cambio en la dialéctica del cuidado: el concepto de calidad total, Procesos por Guías Clínicas, asignación de casos, escalas para medir grados de dependencias, ya no son algo foráneo. Forma parte de su práctica habitual.

Desde los servicios sanitarios, sus objetivos se orientan a: primar en muchos casos el cuidado respecto a la curación. Si en los hospitales en ocasiones resulta difícil percibir el cuidado, es en los servicios comunitarios donde se ponen de manifiesto con mas fuerza; los cuidados dirigidos a ayudar a la reinserción a la vida cotidiana, el apoyo a

las familias con paciente/usuarios crónicos y/o terminales, son parte de las nuevas tareas incorporadas al quehacer enfermero, ahora bien, serán precisamente, las enfermedades crónico-degenerativas y el envejecimiento de la población las que al encarecer el producto sanitario, y el aumento de la formación de la población para gestionar su enfermedad, serán la base de los nuevos sistemas de prestación sanitaria. Un mayor nivel y utilización de los sistemas de comunicación por parte de los paciente/usuarios, incrementa la necesidad de estar al día en publicaciones, bases de datos y cursos formativos para mejorar la seguridad en los propios conocimientos profesionales. Las enfermeras se inician en la prestación on-line de cuidados de enfermería.

Desde la enfermera gestora: La vía de la gestión, en los últimos años en nuestro país, ha supuesto un medio de promoción para las enfermeras y en ello han coincidido diversos factores. La necesidad del sistema sanitario de profesionalizar la gestión, motivó la formación en administración de servicios sanitarios a personas, entre ellas a las enfermeras. Estos puestos de trabajo adquirieron reconocimiento y estatus social. Desde la enfermería del equipo multidisciplinario: la aportación de las enfermeras a los equipos de salud están dirigidos al objeto de enfermería, contribuyendo a las necesidades de salud de la población; Otra razón para participar en los equipos es poder compatibilizar nuestro trabajo de colaboración sin renunciar a nuestra contribución específica.

Desde la comunicación de las reflexiones y experiencias: considerando la importancia de reflexionar sobre la práctica, vale la pena buscar vías que permitan mejorar lo que tenemos y crear lo que nos falta en palabras de Jean Watson. Las bases para conseguirlo son la investigación y la innovación.

Investigar a partir de las Competencias las tareas que harán posible el reconocimiento de la enfermería como una disciplina científica e innovar las tareas de ayuda al Diagnóstico y tratamiento médico hoy por hoy base de nuestra supervivencia. Existen críticas desde la propia profesión, Jean Watson, por ejemplo, considera que no se crea o reafirma la profesión por utilizar la enfermería un lenguaje común a modo y manera de los médicos (Diagnósticos de la NANDA por ejemplo), sino definiendo nuevos indicadores que nos ayuden a definir los cuidados en términos de

lenguaje "evocador", ella pide ayuda para encontrar indicadores que puedan competir con los indicadores de la NANDA (tan medicalizados) que de seguir la tendencia anunciada en el V Simposium, está previsto que en el 2009 en que la OMS presentará el CIE 11 donde se presentará una lista de Diagnósticos comunes para todas las profesiones sanitarias englobados en la lista FIC "Familia Internacional de Clasificaciones" que englobará: CIAP2, DSM IV TR., CIPQ, CIE10, NANDA, NIC, NOC.

Watson (Valencia, 2004), propone que cuidamos cuando atendemos lo invisible y estos cuidados se validan empíricamente mediante el lenguaje común "evocador" para las personas de sus sentimientos y vivencias, el cuidado se ha dicho que es un medio para un fin que es la curación, para Watson, el cuidado es un fin (nuevo paradigma) por que centra el cuidado en la relación cuidados-curación a lo que denomina cuidados curativos, caritas que es la relación amor-cuidado y comunitas , el medio en el que vivimos. Watson citando al filósofo danés Logstrup comenta que "tenemos el espíritu vital de los demás en nuestras manos", algo, que como es obvio, no se puede objetivar; no hay indicadores ya que estamos hablando de la vida de otra persona y nosotros estamos presentes abiertos a apreciar lo que le pasa y ayudándole en su cuidado. Watson centra su reflexión sobre el concepto de cuidados a partir del estudio de investigación llevado a cabo por Cristina Swanson en 1999, sobre lo que es cuidar positivamente o negativamente para las personas atendidas. Los cuidados positivos son aquellos que son una experiencia positiva mutua para el paciente/usuario y la enfermera y los no cuidados o cuidados negativos aquellos en los que el paciente/usuario puede llegar a morir por no prestarle atención. En conclusión, tanto para Watson como para Leininger, necesitamos un nuevo lenguaje y no precisamente el de NANDA, tesis por otro lado, compartida por José Luis Medina (Valencia 2004) en su demoledora exposición de su ensayo "La problemática de la Construcción del saber disciplinar a través del Diagnóstico Enfermero (DE)", opina que los Diagnósticos de Enfermería (DE) parten de premisas indemostrables, alega que la formalidad codificadora de los diagnósticos, sólo sirve para dar una racionalidad representadora (al problema) y poder justificar la racionalidad de la acción (intervenciones). El método analítico-cartesiano que siguen los impulsores de la NANDA en la formulación diagnóstica no sirve (por reduccionista), plantea que si la enfermería de verdad busca su espacio se

ha de plantear la búsqueda de su saber desde el estudio de las interrelaciones de los problemas, o lo que es lo mismo (Medina), "desde la complejidad".

En España, además, las críticas también le llueven al Consejo General de Colegios de enfermería y a la propia administración por centrar las líneas de trabajo enfermero en el proyecto NIPE donde el énfasis sólo se pone en las intervenciones enfermeras de acuerdo a los Grupos de Diagnósticos Reunidos (GDRs), obviamente médicos, de donde se derivan los procedimientos a seguir por las enfermeras.

La controversia está servida, sin olvidar que sólo tenemos 25 años de puesta en escena, lo que sí es cierto, es que reafirmo mis hipótesis de partida, y que hemos crecido al incorporar nuevas tareas en:

- Conocimientos (nivel conceptual y metodológico de la discusión)
- Habilidades (Cognitivas e instrumentales: Modelos de Gestión de la Calidad, GDRs, y Normalización de la práctica enfermera)
- Actitudes nuevas frente al concepto de "cuidar": Dar y recibir vida
- Definir: dar es igual a donar, entregar, entregarse (v.t.)
- Recibir es igual a percibir, admitir, aceptar
- Vida es igual a fuerza o actividad interna substancial, mediante la que obra el ser que la posee. Unión del alma y el cuerpo. Las tareas son trabajar las ideas sobre la salud y los hábitos de vida de las distintas culturas, pues así servirán de base para prestar unos cuidados específicos a esa cultura. Para Watson al igual que para Leininger, los Cuidados son la esencia de la enfermería y el rasgo distintivo, dominante y unificador de la misma.

Sea cual sea la filosofía escogida a la hora de definir qué es cuidar, no podemos obviar que cada una de estas opciones presenta unas tareas bien definidas como la esencia del cuidado.

Con la aprobación de los Master en el nuevo plan de estudios y los Cursos de perfeccionamiento o formación continuada, no hay duda que las tareas a realizar por las enfermeras serán cada vez más amplias, (OMS (2000), declaración en el Programa Salud para todos en el Siglo XXI.

Capítulo VI. Mercado: cambios en las organizaciones

6.1. Definición de Profesión y Organizaciones

La sociedad postindustrial actual, se puede definir como una sociedad de profesiones (Rodríguez y Guillen 1992) Frente al sector industrial, destaca el enorme peso del sector servicios y dentro de éstos, los servicios sanitarios.

Las profesiones dominan la definición de los problemas y necesidades sociales y las actuaciones para hacerles frente, y las organizaciones son los espacios que articulan dichos procesos de definición y actuación.

Paradigma:

Abbott (1986) desde la perspectiva del estructuralismo, define que el proceso de profesionalización se da mediante: Un proceso unidireccional, un desarrollo evolutivo, el proceso se da más por las condiciones en las que este proceso se produce, se comportan como unidades homogéneas y es un proceso independiente del momento en que se produce. Larson por el contrario, parte de la tesis que el proceso de profesionalización viene determinado por el momento y la historia. Probablemente es ahora que se dan las condiciones ideológicas y coyunturales para consolidar el proceso de profesionalización ya que si el crecimiento del profesionalismo está asociado al capitalismo (actitud monopolística del mercado por parte de la profesión) como una nueva relación entre los profesionales y la sociedad.

6.2. Mercado: Cambios en las Organizaciones

Moore et al.(1997) en *La sanidad en el tercer milenio*, en el capítulo 2 *Cómo dar el gran salto* nos plantea: Las reglas han cambiado (y continúan haciéndolo). Las trayectorias profesionales bien definidas, que antes eran la norma, han dado paso a trayectorias abiertas, y todo aquél que no pueda o no quiera adaptarse a la nueva situación corre el riesgo de quedar rezagado; ...Linda Newman, una enfermera de la unidad de oncología, declaraba: " me resulta muy penoso el hecho de tener que pasar por esta transformación, pero, aun así, quiero que el proceso termine y que lleguemos cuanto antes al mundo del futuro"... El personal de enfermería prefería mantener la

designación tradicional de *enfermera empleada*, en lugar de tener que adoptar el nuevo título de *enfermera involucrada*. ..Ante la ola de inquietantes cambios -"autogestión"- hacia los que estaba abocada la empresa, los miembros de los centros de asistencia al que se les aplicó el título de "socios" se sintieron unidos por un vínculo más fuerte. En el capítulo 4, En el infocosmos o fuera de juego, nos definen la promoción de la salud: La prestación de servicios sanitarios tal vez sea el subproceso que más ha cambiado como consecuencia de la llegada del Infocosmos a la Sanidad. En el Infocosmos de la Sanidad, la unión entre los distintos procesos cruzados que se construyan entre una y otra empresa será aún más férrea, y las fronteras corporativas irán desapareciendo. Ello significa que las personas, el tiempo y los recursos podrán dedicarse a lo más importante: a aportar valor a los paciente/usuarios. En la promoción de la salud el objetivo de este subproceso consiste en la prevención de problemas sanitarios agudos. Mantener sana a la gente no es sólo una buena forma de practicar la medicina, sino también un negocio. De hecho, en los próximos años, el fomento eficaz de la promoción de la salud podría convertirse en una cuestión de supervivencia para las organizaciones sanitarias. La clave de la salud está en mantenerse informado de cuáles son los estilos de vida que hay que elegir.... Un programa de promoción de salud no puede ser eficaz ni aportar valor a los paciente/usuarios sin la tecnología de la información, el acceso on-line a todo tipo de información acerca de los síntomas, las enfermedades, los tratamientos y los resultados y el ordenador personal, fomentan la "educación de carácter privado". La colaboración es un trabajo mucho más creativo porque crea "valor". El valor añadido que cada profesional aporta al colectivo y a los ciudadanos-paciente/usuarios para ello la formación y polivalencia es la clave ya que ello permite aunar recursos y sintetizar acciones. El cambio real no puede considerarse un evento aislado, sino más bien como la acción de luchar... Esto significa que los líderes del sector deben seguir inspirando en los profesionales y en los usuarios el entusiasmo por una transformación que, además de ser inevitable, resultará ventajosa para todos.

El reto de la enfermería pasa por la formación científico/tecnológica en la que las redes de información sobre desarrollo de la práctica basada en la evidencia científica disponible (Icart Isern 1998) será una herramienta de trabajo imprescindible.

Ante todo lo expuesto parece que podemos afirmar que el aumento de la expertez de las enfermeras españolas en el campo de la práctica clínica, será cada vez más visible a medida que se abandona, bien por iniciativa de pequeños colectivos innovadores, bien desde el cambio profundo filosófico y práctico que emana desde las propias entidades contratantes y que cada vez el conflicto entre las diferentes concepciones de la enfermería tan bien descritas por Alberdi (1988) será un recuerdo que perdura pero menos eficaz en la praxis de la enfermería asistencial, sobre todo, en las enfermeras de atención comunitaria; Los reductos en conflicto son aquellos que todavía simultanean las prácticas basadas en los diagnósticos y tratamientos médicos, modelo biomédico predominante desde el inicio de la profesionalización. No hemos de olvidar, que el verdadero cambio de paradigma tiene lugar en 1977.

Este cambio de paradigma generó una necesidad de cambio lento pero sin pausa, a lo largo de estos 25 años, las enfermeras "intuyeron" percibir la necesidad de cambiar.

Las enfermeras podemos sentir la necesidad de cambiar porque el rol desarrollado bajo el paradigma biologista ha tocado techo, las limitaciones para la enfermera son evidentes (imposibilidad de desarrollo profesional, dependencia, no-control del conocimiento...). Sin embargo, para Capra (1982), *"Las enfermeras, de formación cartesiana, pese a que suelen estar muy bien preparadas como terapeutas y educadoras sanitarias, se las consideran simples asistentes y rara vez tienen ocasión de utilizar todas sus capacidades. Debido a la parcialidad del enfoque biomédico y a los modelos patriarcales del poder en el sistema de asistencia sanitaria, el importante papel que las enfermeras desempeñan en la convalecencia de los paciente/usuarios a través del contacto humano que mantiene con ellos no es reconocido en lo que vale. De este contacto, las enfermeras suelen adquirir un conocimiento mucho más extenso de la condición física y psicológica del paciente/usuario que los médicos; pero estos datos se consideran menos importantes que las "científicas" afirmaciones de los profesionales de la medicina, que se basan en análisis de laboratorio"*. Sin duda, el paradigma biologista, puede satisfacer en algunos casos por dificultades de vislumbrar un quehacer alternativo. El cambio se ve reforzado y ampliado por, los siguientes puntos:

✓ Demandas de los paciente/usuarios

En los últimos años las enfermeras han detectado que la demanda de los paciente/usuarios iba más allá de lo puramente relacionado con la enfermedad, y tampoco quedaba claramente configurado en el ámbito de la ayuda social. Ejemplo de esto son demandas de:

- aprender a cuidarse por sí mismo,
- a pedir ayuda para aumentar la calidad de vida,
- a poder protegerse de los riesgos de enfermar,
- pedir ayuda para decidir sobre el tipo de prótesis,

Las enfermeras han ido superando las dificultades aumentando la base de sus conocimientos, y habilidades ensayando "nuevas" acciones de cuidar; no es raro encontrar artículos en las revistas profesionales que nos hablan de los resultados beneficiosos para la salud de los paciente/usuarios con terapias basadas en el yoga (la respiración expansiva) o tai-chi para situaciones de crisis situacional.

- ✓ La nueva gestión de los servicios sanitarios orientados a la *eficiencia* según las nuevas orientaciones de la Calidad Total ha hecho agudizar el sentido economicista y pragmático de las enfermeras. Cuando hablamos de eficiencia, nos referimos a evaluar los resultados a un coste aceptable socialmente (Dominguez -Alcón 1985)

Las enfermeras nos encontramos en un buen momento, el reconocimiento de las enfermeras gestoras y los perfiles de contratación empresarial pasa por primar la formación y experiencia curricular, ejemplo de ello son las convocatorias públicas de los cargos electos.

Tabla 6.1. Convocatoria pública del Hospital Vall d'Hebron de Barcelona Ciudad.

Movimiento interno Hospital General

Convocatoria de una plaza de enfermería para Cuidados Paliativos

Requisitos

Experiencia en cuidados a paciente/usuarios onco-hematológicos.

Experiencia i/o cuidados en cuidados paliativos.

Experiencia i/o conocimientos de técnicas de soporte, medidas rehabilitadoras, etc.

Experiencia i/o capacidad de relación terapéutica.

Experiencia i/o habilidad para la entrevista a paciente/usuarios y familiares.

Experiencia i/o buena disposición para el trabajo interdisciplinario.

Experiencia en unidades directamente asistenciales, mínimo 5 años.

Funciones y activistas

Atención y cuidados de enfermería a paciente/usuarios onco-hematológicos, relacionados con:

- Planificación de las actividades de enfermería en relación con las situaciones clínicas del paciente/usuario.
- Realizar anamnesia familiar e identificar el "cuidador principal".
- Conocer el nivel de información del paciente/usuario y de su familia.
- Detectar necesidades: información, comunicación, participación en las decisiones y en los cuidados del paciente/usuario, control de síntomas con especial mención del dolor, control de la situación, etc.
- Realizar las técnicas de enfermería necesarias (cuidados, administración de medicación, etc.), así como, proporcionar información y consejos sobre dieta, higiene, etc.
- Visita a paciente/usuarios hospitalizados y urgentes.
- Participación en las reuniones interdisciplinarias para la planificación del trabajo de seguimiento de los paciente/usuarios y familiares.
- Atención y soporte telefónico de los paciente/usuarios y familia en el domicilio
- Entrevistas y soporte a los familiares en su implicación. Atención y cuidados del paciente/usuario durante la enfermedad y/o fase terminal

Fuente: Recursos Humanos del H.G.U.V.Hebron. Barcelona (2002)

Lo que no cabe duda es que cada vez se pone más énfasis en las técnicas del conocimiento, la comunicación, y la capacidad en la toma de decisiones, entre otras.

El sentido corporativo crece en las Instituciones, hoy sentirse del Colectivo Vall d'Hebrón, imprime carácter, predispone para que los objetivos de los servicios sanitarios sean nuestros objetivos profesionales. Ser "*acollidor, expert i solidari*"

Es la mejor propaganda de sus servicios, ya que si cada vez es más competitiva el reparto de paciente/usuario y que las crónicas degenerativas copan los servicios sanitarios el lema compartido ayuda a cohesionar el equipo sanitario que se ve cada

vez más abocado a cuidar que a curar. V. Henderson (1994) cita a un médico que manifestaba que en algunos casos los cuidados de la enfermería son la única terapia conocida, también cita la importancia que adquieren los sistemas de cuidados en los hospitales de Londres, que cuidan paciente/usuarios terminales; algo que hoy día también es una realidad en nuestro país. Si en los hospitales en ocasiones resulta difícil de percibir el cuidado, es en los servicios comunitarios donde se ponen en evidencia:

- cuidados dirigidos a ayudar a la reinserción a la vida cotidiana,
- apoyo a las familias con paciente/usuarios crónicos y/o terminales...
- educación sanitaria como estrategia para conseguir mayores niveles de salud.

Por otro lado, van apareciendo organizaciones que exigen al mercado y sus protagonistas (entre ellos las enfermeras), acciones concretas, aptitudes y actitudes que den solución a sus demandas desde su punto de vista como consumidor. La era del patriarcado médico deja paso a los paciente/usuarios exigentes. Veamos una nueva organización al respecto:

6.2.1. La medicina vista desde Internet y pasada por el saludable filtro del escepticismo.

Paciente/usuarios.org

Autor:Gonzalo Casino

Viernes, 19 de Diciembre de 2003

➤ *Sobre el poder emergente del asociacionismo de los paciente/usuarios*

El fenómeno es relativamente nuevo, pero se antoja irreversible. Los paciente/usuarios han dejado de ser sujetos pasivos y desinformados, sin derechos ni autonomía. La medicina está empezando a dar un vuelco de orientación, desplazando su centro de gravedad desde el médico al paciente/usuario. Esta medicina centrada en el paciente/usuario tiene ya su discurso teórico y retórico, pero en la realidad cotidiana de la consulta médica todavía suena en muchos casos a música celestial. El poder real de los paciente/usuarios tiene que ver mucho con la fuerza de sus asociaciones, y por

aquí empieza a haber cambios notables. El pasado 31 de enero se constituía el European Patients'Forum en Bruselas como asociación de referencia de los paciente/usuarios ante las instituciones europeas para la defensa de sus intereses, así como para generar un debate estable entre las asociaciones de paciente/usuarios. Y hace unos días, el 16 de diciembre, se ha creado por fin en España la asociación homóloga, el Foro Español de Paciente/usuarios. Esta plataforma de representación y coordinación de las asociaciones españolas de paciente/usuarios, promovida e impulsada por la Fundación Biblioteca Josep Laporte, pretende ser el interlocutor válido ante la administración sanitaria española y el punto de referencia para cualquier organismo público o privado a nivel nacional, autonómico o europeo sobre los asuntos que afectan a los paciente/usuarios. Pero, con ser muy importante, esta función representativa no es la única que aspiran a cumplir las nuevas coordinadoras de paciente/usuarios.

En el caso del Foro Español de Paciente/usuarios, el nacimiento de este espacio de información y debate, fundamentalmente a través de su sitio en Internet, es consecuencia de la llamada Declaración de Barcelona de las Asociaciones de Paciente/usuarios, presentada en mayo de 2003, y que se resume en un Decálogo de los Paciente/usuarios. En estos diez puntos, además de apostar por la “democratización formal en de las decisiones sanitarias”, el “reconocimiento de las organizaciones de paciente/usuarios como agentes de la política sanitaria” y “la participación de los paciente/usuarios en la determinación de prioridades en la asistencia sanitaria”, se enfatiza el respeto a la autonomía del paciente/usuario informado (con información de calidad contrastada que respete la pluralidad de las fuentes) y la toma de decisiones centradas en el paciente/usuario. En el decálogo también se reconoce la necesidad de que los profesionales de salud reciban un entrenamiento específico en habilidades de comunicación, para favorecer la relación médico-paciente/usuario, que debe estar basada en el respeto y la confianza mutua. Los médicos, asimismo, han de informar a los paciente/usuarios de sus derechos y garantizar que se cumplan.

En su conjunto, los principios de este decálogo son razonables y hasta incluso incuestionables. Lo que ocurre es que la medicina ha funcionado de otra manera hasta ahora y para que estos principios se hagan realidad hay que vencer no pocas

resistencias. El camino parece claro: los paciente/usuarios han de informarse, agruparse y dejar oír su voz.

¿Y qué pasa con las enfermeras?, que han de formarse, agruparse y dejar oír su voz:

6.3. Discurso de la profesión: élites y enfermeras

6.3.1. Desde el Col.legi d'infermeres de Barcelona

Si nos atenemos a los resultados de las encuestas: De la Escuela a la realidad profesional, de la teoría a la práctica del Col.legi d'Infermeres de Barcelona (1997). Los datos nos muestran que más del 50 % de los encuestados opinan que el nivel de formación de las Escuelas de Enfermería no es adecuado para realizar *las tareas profesionales* correctamente.

Este 50% está formado por los más jóvenes de los encuestados, aquellos que llevan de 6 meses a 3 años de experiencia y de 3 a 10, la explicación más plausible podría responder a que éstos son los que tienen más miedo al incorporarse al mundo laboral, ya que han de demostrar por primera vez si la formación recibida ha sido la correcta y además, los niveles de responsabilidad aumentan mucho respecto a las prácticas realizadas y por otra parte a la presión del medio, es decir, *la rutina y el énfasis en el dominio de las técnicas como la panacea del buen profesional*.

Los resultados de la encuesta del Consejo General de Enfermería (Marzo 1998) con sede en Madrid no difieren de estos resultados. El estudio mediante un total de 3.337 encuestas analiza la situación actual y se efectúan prospectivas de futuro.

Como conclusiones presentan:

✓ Aspectos positivos:

La evolución de la profesión ha sido muy positiva en los últimos años, cambios que surgen de la propia dinámica de crecimiento y evolución de los profesionales dentro del Sistema Sanitario, entre otros, los *estudios universitarios* de enfermería, la *producción*

y adecuación del conocimiento como fundamento de la práctica, y una mejor y más precisa definición de su rol profesional.

Un grupo demanda más autonomía (20,3%) que corresponden a las promociones más jóvenes. En las conclusiones, se resalta que: "*con este resultado, se infiere que hay una correspondencia: el mayor nivel de educación permite asumir mayor autonomía y responsabilidad en el ejercicio profesional*".

✓ Aspectos negativos:

El 52,1% de los profesionales han sentido frustradas sus expectativas profesionales en algún grado; existe una gran desmotivación y frustración debido a la falta de expectativas (no se desarrolla la carrera profesional ni se regulan las especialidades); el trabajo que realizan se caracteriza por la sobrecarga y la tensión; hay situaciones de insatisfacción por los turnos, guardias y horas extras que se realizan; se ha perdido nivel adquisitivo y se quejan del bajo salario; los enfermeros tienen una autoestima baja; hay un grupo de profesionales reacio a que se establezca un sistema de acreditación y revalidación profesional; y existe una gran inquietud por los riesgos laborales. Piensan que su profesión goza de poco prestigio social con relación a otras profesiones. En las encuestas donde se comparaba esta profesión con otras, salvo la profesión de secretaria, el resto las posicionaron por encima de la enfermería. Creen que se tiene de ellos una imagen "más pobre" de lo que probablemente existe en la realidad.

En julio del 2003 el Colegio envió la encuesta "Posa'ns un repte" con el objetivo de conocer lo que piensan y quieren las enfermeras sobre diferentes aspectos de la profesión y funciones del Colegio. Del total de encuestas contestaron 2.242 lo que ha permitido al Equipo Colegial llegar a las siguientes conclusiones:

Lo primero que piden es que (se supone) el Colegio contribuya a que aumente el prestigio social de la profesión y la segunda que se mejoren las actuales condiciones de trabajo. Se reclama el aumento de la ratio enfermera/paciente/usuario y le sigue en orden de prioridad el incremento del rol autónomo.

Las enfermeras han destacado como aspectos más importantes: Muy importante / Importante:

Dignificación de la profesión 99,4%

Mejora condiciones de trabajo 94,18%

Defensa de la profesión 93,73%

Promover el rol autónomo 93,53%

Impulsar las especialidades 91%

Aumentar la ratio enfermera-paciente/usuario 83%

Si comparamos estos datos con los resultados de las encuestas llevadas a cabo tanto por el Colegio en 1997 como el Consejo General en 1998 se visualiza un cambio conceptual importante, existe un sentido corporativo más ligado con el prestigio social y las condiciones de trabajo que repercuten directamente en el reconocimiento del propio espacio profesional.

6.3.2. Desde los mass-media

Artículo de opinión en la revista Nursing y ROL: El Discurso de las élites

Resultados en clara contradicción con la opinión de los colaboradores de la revista Nursing (Artículo de opinión) que durante el 2003 ha ido entrevistando a profesionales de la enfermería, estas opiniones son una muestra del conjunto:

Profesión de enfermería: ¿Que logros se han conseguido y que retos nos deparan el futuro? (I)

“TAL COMO VENIMOS comentando desde hace un tiempo, y específicamente en el editorial de este mes, este año celebramos el 20 aniversario de la versión española de la revista Nursing. Y una de las formas que 10 queremos celebrar es conociendo qué opinión tenemos las/los enfermeras/os españolas/es de nuestra propia profesión. Para ello, a lo largo de este año saldrán una serie de artículos en que diferentes enfermeras/os de distintos ámbitos de la profesión nos van a responder a algunas preguntas. Al finalizar el año haremos un resumen de todas las respuestas obtenidas y así conoceremos qué logros hemos alcanzado estos últimos años los

profesionales de enfermería respecto a la asistencia, la docencia, la gestión y la investigación y qué retos nos quedan por conseguir.

Iniciaremos esta serie de artículos de opinión publicando este mes las respuestas de enfermeras que cuentan con una amplia trayectoria profesional, pero que su ámbito de actuación en la actualidad no está directamente relacionado con la asistencia, aunque la mayoría de ellas tienen una gran influencia sobre la práctica profesional.

Se les ha pedido que respondan de acuerdo con su visión de la profesión, específicamente desde la perspectiva de su ámbito de actuación a estas dos preguntas:

1 ¿Cuáles son los logros que crees hemos conseguido las enfermeras Españolas estos últimos 20 años?

2 ¿Cuáles son los retos que nos quedan por afrontar en estos años venideros?"

P. ¿Cuáles son los logros que crees hemos conseguido las Enfermeras Españolas estos últimos 20 años?

“La enfermería no ha evolucionado al margen de los cambios que se han producido en la sociedad. En este sentido, más que de logros puntuales tenemos que hablar de crecimiento generalizado. Crecimiento de la demanda de acceso a la formación, crecimiento de la oferta formativa, crecimiento de la producción científica, crecimiento del asociacionismo profesional. En definitiva, crecimiento en todos los ámbitos de la actividad profesional.

Pero, sin duda, a partir de la incorporación a la universidad, cabe destacar: la nueva orientación de la formación; asumir la responsabilidad de formar a los propios profesionales; aceptar la necesidad de delimitar, tanto la razón de ser de la enfermería como su Ambito de actuación profesional, y la incorporación de un método de intervención enfermero que ha ayudado a transformar dicha intervención en un acto consciente, reflexivo y tangible.

Todo ello son logros que han contribuido al desarrollo de la disciplina y de la profesión". Julia Esteve Reig. Directora. Escuela Universitaria de Enfermería de l'Hospital Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

"La unificación de los estudios en todas las escuelas de enfermería con un nivel universitario de primer ciclo. De forma progresiva la enseñanza de enfermería, está pasando a ser impartida mayoritariamente por enfermeras. La utilización del proceso de atención de enfermería y el camino hacia la unificación de un lenguaje propio de la profesión. Esto nos ha permitido intercambiar experiencias, aportaciones teóricas y hacer proyectos conjuntos de investigación. La existencia de direcciones de enfermería con formación en gestión, que ha supuesto una implicación en el planteamiento de objetivos, la medición de actividades, la gestión de los recursos y la evaluación de los resultados. La enfermería ha avanzado considerablemente con la creación y desarrollo del nuevo modelo de atención primaria de salud, aunque no es uniforme en las distintas comunidades autónomas. La creación y el mantenimiento de importantes revistas de enfermería ha contribuido al enriquecimiento profesional de muy diversas formas, entre las cuales destaca el estímulo para publicar experiencias y resultados." Rosa González Gutiérrez-Solanas. Formación continuada y calidad. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. La Coruña.

"En el ámbito académico se ha consolidado la presencia de la disciplina enfermera en la universidad. En el ámbito laboral, creo que hemos alcanzado un pensamiento crítico que nos permite aplicar una metodología científica en la práctica enfermera, y ello ha dado como resultado un importante incremento en la calidad de los cuidados. También veo cómo poco a poco nuestra experiencia u opinión profesional esta aportando un valor añadido a las organizaciones sanitarias. En el ámbito social nos hemos cohesionado sustancialmente en torno a un saber disciplinario que esta conformando nuestra actual conciencia enfermera y, de forma paralela, estamos asumiendo la corresponsabilidad de pertenecer a equipos multidisciplinares con voz y responsabilidad propia.

En estos últimos años, las enfermeras estamos asumiendo, responsable y laboriosamente, nuestra función social como profesión, es decir, los cuidados

enfermeros. En torno a ellos se encuentra, en mi opinión, nuestra responsabilidad profesional y nuestra aportación a la sociedad”. Mercedes Ferro Montiu. Directora de Enfermería. Hospital de Navarra. Pamplona.

P. ¿Cuáles son los retos que nos quedan por afrontar en estos años venideros?

“Los retos del futuro ya forman parte del presente. Debemos participar en definir cómo queremos que sea nuestra profesión y situar cualquier planteamiento en un contexto de cambio social, donde la capacidad de adaptación a la diversidad y a la incertidumbre, así como la formación adecuada y la adecuación organizativa, son elementos imprescindibles para poder dar respuesta a las necesidades y demandas sociales. Debemos afrontar la integración en el contexto europeo de la educación superior, el desarrollo progresivo de las competencias profesionales, de la investigación, de la capacidad de gestión y la adopción de un lenguaje común. Es esencial profundizar en la relación teoría, práctica e investigación. En definitiva, es un reto el compromiso con la calidad de nuestro servicio a la sociedad. Respecto al acceso a la licenciatura y doctorado, no sé si es reto u oportunidad, pero estoy plenamente convencida que la licenciatura en enfermería es una necesidad para el desarrollo de nuestra disciplina y una responsabilidad para la mejora de la calidad de nuestro servicio a la sociedad”. Julia Esteve Reig. Directora. Escuela Universitaria de Enfermería de l'Hospital Santa Creu I Sant Pau. Barcelona.

“La generalización en la práctica del proceso de atención de enfermería como metodología de trabajo con los distintos modelos de enfermería. Esto supondrá la superación definitiva de la enfermería subalterna, entendida como simple ejecutora de actividades prescritas por los médicos. La necesidad de un mayor desarrollo y unificación del lenguaje internacional de enfermería. La aportación de NANDA-NIC-NOC será definitiva y la Unión Europea ya está en condiciones de contribuir de forma importante al desarrollo y la convergencia en un lenguaje común. Estos desarrollos sólo serán posibles con la ayuda de programas informáticos que trabajen con el proceso de atención de enfermería (Gacela, e-Osabide, Flor, y otros) y que nos permitan codificar lo que hacemos, unificar progresivamente el lenguaje y comparar las prácticas.

La necesidad de fortalecer asociaciones de enfermería cuyo objeto sea estrictamente el desarrollo e intercambio profesional. La enfermería todavía es una profesión débil, entendida como falta de autoestima, de regulación desde ella misma, falta de reconocimiento de las instituciones y de los otros profesionales. En definitiva, falta de poder profesional.

La enfermería debe contribuir de forma decisiva, con iniciativas propias, a la relación entre los distintos niveles asistenciales, lo que ahora sólo de forma anecdótica se produce en algunos lugares. La enfermería debe ejercer un papel preponderante en la atención sociosanitaria, cuyas necesidades son básicamente de cuidados, y también en las distintas formas de atención domiciliaria". Rosa González Gutierrez-Solanas. Formación continuada y calidad. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. La Coruña.

"Que nuestra disciplina universitaria alcance un nivel de licenciatura y podamos conseguir un doctorado en enfermería. Que continuemos desarrollando un pensamiento crítico que nos permita el continuo avance en la mejora de la práctica enfermera y se convierta en nuestro aval profesional. Que nuestra conciencia y experiencia enfermera adquieran mayor voz y opinión en las decisiones u organizaciones sanitarias. Que sepamos demostrar a nuestros ciudadanos el valor añadido que les aportan nuestros cuidados enfermeros y la repercusión de éstos en su calidad de vida o de muerte. Que nuestro reconocimiento profesional y social mejore, aumentando así el legítimo orgullo de nuestra disciplina". Mercedes Ferro Montiu. Directora de Enfermería. Hospital de Navarra. Pamplona.

P. ¿Cuales son los logros que crees hemos conseguido las enfermeras Españolas estos últimos 20 años?

"En materia de investigación en enfermería el año 1987 se convierte en un año clave, ya que es cuando el Fondo de Investigación Sanitaria como Agencia Financiadora de Investigación en Salud abrió el camino de la investigación a los profesionales de enfermería, al no poner más límite formal al acceso a sus ayudas. Asimismo, introdujo profesionales de enfermería en las Comisiones Técnicas de Evaluación y financió un grupo de Trabajo sobre la Investigación en Enfermería.

Posteriormente, esta estrategia de potenciación de la investigación en enfermería se vio reforzada por la creación de una Unidad de Coordinación y Desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-isciii), que depende formalmente del Instituto de Salud Carlos III del Ministerio de Sanidad y Consumo. Desde 1987 hasta la actualidad, si bien el porcentaje de proyectos presentados para su evaluación y financiación ha ido aumentando paulatinamente año tras año, su presencia corresponde sólo al 3,4% del total de proyectos presentadas al FIS.” Maite Moreno. Unidad de Coordinación y Desarrollo de la Investigación en enfermería. Instituto de investigación Carlos III. Madrid.

“El principal logro es hacernos imprescindibles dentro de cualquier dispositivo sanitario para poder hacer realidad la atención al paciente/usuario, la capacidad de realizar cambios organizativos tendentes a mejorar el servicio, tanto en el ámbito de atención primaria como hospitalaria. Estar en la vanguardia de las nuevas ofertas, como la atención domiciliaria o los cuidados paliativos. La normalización de la posición en los organigramas en el ámbito hospitalario con relación a las estructuras directivas. La defensa del trabajo en equipo y la solidaridad frente al individualismo imperante en nuestra sociedad. La consolidación de los estudios universitarios y la irrenunciable licenciatura de enfermería. La puesta en marcha de la carrera profesional por niveles en algunas organizaciones y su extensión previsible en el resto. La identificación con el nombre de enfermería y la denominación de enfermero/a” . Angel Vidal Milla. Director de Programas y de Calidad Asistencial. Institut Català d'Oncologia. Hospital Duran i Reynals. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

“En mi opinión, hemos recorrido un largo y productivo camino en todos los terrenos, pero específicamente en el de la docencia, que es el que más conozco. Creo que los avances han sido muy importantes, pues no sólo la enseñanza de enfermería forma parte de la universidad como una más de la oferta de primer ciclo, sino que las enfermeras han pasado a ocupar de forma habitual y compitiendo con otros profesionales por las plazas de profesor titular, y se han integrado plenamente en la dinámica universitaria ocupando, de manera habitual, todo tipo de cargos académicos. Todo lo cual se refleja en el nivel y la calidad de las publicaciones con las que contamos hoy en día, ya que cuando nació Nursing, una de las revistas

pioneras en nuestro país, apenas teníamos libros escritos por enfermeras españolas ni otro tipo de publicaciones, un panorama que en la actualidad ha cambiado, mejorando la situación y demostrando la capacidad y producción de las enfermeras.” Rosa M. Blasco Santamaría. Profesora Titular Administración de los Servicios de Enfermería. Escuela de Enfermería Universidad de Barcelona.

“Siempre he tenido la sensación de que llevábamos demasiado tiempo diciendo las mismas cosas, reivindicando los mismos posicionamientos para nuestra profesión. Sin embargo, creo que es hora de analizar con rigor y frialdad nuestros propios logros. En el ámbito de la gestión sanitaria, sin duda, hemos consolidado el papel de las enfermeras en los órganos de dirección. Nadie cuestiona ya nuestro papel en puestos de gestión como verdaderos técnicos expertos en este ámbito. Además, utilizando la versatilidad y la capacidad de innovación que caracterizan a nuestro colectivo profesional, hemos sido capaces de incorporarnos a los profundos cambios que se están produciendo en la gestión sanitaria: desde la asunción de nuevos modelos, los cambios conceptuales y organizativos, hasta el desarrollo e incorporación de nuevas herramientas de gestión. Sin embargo, estos cambios sufridos no nos han hecho olvidar nunca lo que somos por encima de todo: enfermeras. Nuestra aportación específica en el ámbito de la gestión sanitaria ha sido y será la gestión de los cuidados” . Pilar Brea. Hospital Clínico San Carlos. Subdirectora de enfermería. Madrid.

P. *¿Cuáles son los retos que nos quedan por afrontar en estos años venideros?*

“Al reto de aumentar el número de proyectos que se presenten para evaluación y financiación a las diferentes agencias de financiación estatales a autonómicas, se le une el reto de mejorar (yo diría que iniciar) nuestra presencia en las actividades de investigación de la Comisión Europea, concretamente las del VI Programa Marco (2003-2006); para ello, cada vez es más necesario establecer contacto con los investigadores que en Europa realizan proyectos en el ámbito de la enfermería. Por otro lado, yo apuntaría que la estrategia a seguir en las próximos años debe ir encaminada a conseguir atraer a jóvenes investigadores, a liberar tiempo para que las enfermeras/as asistenciales puedan investigar, a desarrollar la carrera profesional y a crear estructuras de investigación que permitan la coordinación entre

las instituciones de investigación y las dedicadas a la asistencia sanitaria.” Maite Moreno. Unidad de Coordinación y Desarrollo de la investigación en enfermería. Instituto de investigación Carlos III. Madrid.

“En primer lugar, más confianza en nosotros mismos. Sólo desde posiciones de optimismo es posible el futuro. Convertirnos en las responsables autónomas del cuidado en todas las facetas de atención al paciente/usuario y en toda la organización. Apostar por un modelo de enfermería y llevarlo a la práctica. Realizar investigación propia en línea a los grandes interrogantes a los que, como profesionales, debemos dar respuesta. Hacer visible a la sociedad los logros que hemos alcanzado en nuevos campos y alternativas. Acreditar nuestras actuaciones mediante un sistema de competencias profesionales. La mejora permanente debe incorporarse en el puesto de trabajo. Argumentar las necesidades de profesionales sobre la base de metodologías aceptadas en la gestión. Tener al paciente/usuario y familia como el centro de nuestras actuaciones profesionales y poder medir los resultados de las actividades sobre la base de indicadores estandarizados y comparables entre las diferentes organizaciones.” Ángel Vidal Milla. Director de Programas y de Calidad Asistencial. Institut Català d'Oncologia. Hospital Duran i Reynals. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

“Profundizar y construir desde nuestra cultura un conocimiento enfermero, para lo que es imprescindible el desarrollo de niveles superiores de formación en enfermería que capaciten para investigar en este campo específico del saber. Explicar y dar a conocer a la sociedad todo lo que las enfermeras estamos capacitadas para hacer por su salud, asumiendo el liderazgo de los cuidados en todos los terrenos. Formar enfermeras autónomas y responsables, y buscar estrategias para que estas actitudes se mantengan a lo largo de toda la vida profesional.” Rosa M. Blasco Santamaria. Profesora Titular Administración de los Servicios de Enfermería. Escuela de Enfermería Universidad de Barcelona.

“En los últimos años estamos asistiendo a importantes modificaciones de las pirámides poblacionales, el aumento de enfermedades crónicas, la discapacidad y la minusvalía, los cambios culturales en la sociedad y en la estructura familiar, etc. Esta nueva realidad está condicionando una nueva demanda de servicios caracterizada por la

necesidad de recibir cuidados (frente a las intervenciones de tipo "curativo" hasta ahora planteadas). En este escenario, creo que tenemos ante nosotros una excelente oportunidad para dar respuesta a las necesidades de una sociedad que "avanza hacia el cuidado", demostrar nuestra aportación específica a la sociedad y el sentido de la profesión enfermera. Desde la perspectiva de la gestión, estamos ante un tremendo reto: liderar la gestión de los servicios sociosanitarios, demostrar que es posible racionalizar los recursos, administrando unos cuidados de calidad y mejorando la eficiencia en la gestión sanitaria." Pilar Brea. Hospital Clínico San Carlos. Subdirectora de enfermería. Madrid.

Número de profesionales entrevistados: 25

Gestión: 12 de los cuales 2 se dedican 1 al Colegio de Enfermería y otra a la Revista Enfermería Clínica.

Docencia: 9

Investigación: 1

Asistencial: 3 Presidentes de Asociaciones Científicas.

Análisis cualitativo de los textos de 25 profesionales editados a lo largo del año 2003:

Artículo de opinión I, Miércoles 1 de enero 2003. Vol. 21 nº 1 p.50-53.

" " II, Sábado 1 de marzo 2003. Vol. 21 nº 03 p.58-61

" " III, Domingo 1 de Junio 2003. Vol. 21 nº 06 p. 62-65

" " IV, Miércoles 1 de Octubre 2003. Vol. 21 nº 08 p.60-63

Tabla 6.2. Del Discurso de las Élit

Tarea	Logros	Futuro
Asistencia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Método de intervención que a ayudado a que dicha intervención sea un acto consciente, reflexivo y tangible. ▪ Proceso de atención de enfermería con lenguaje propio de la profesión (PAE+ Diagnósticos de la NANDA). ▪ En el ámbito laboral, aplicación del <i>Pensamiento crítico</i> que permite aplicar la metodología científica en la práctica dando lugar al incremento en la calidad de los cuidados. ▪ En el ámbito social, <i>Saber disciplinario</i> que permite pertenecer con voz y responsabilidad propia en equipos multidisciplinares. ▪ Creación y desarrollo del nuevo modelo de atención primaria de salud. ▪ Ofertar servicios de atención domiciliaria y cuidados paliativos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La generalización en la práctica del proceso como metodología guiada por un modelo i la incorporación de la aportación NANDA-NIC-NOC. ▪ Programas informáticos que ayuden en codificar lo que se hace, unificar el lenguaje y comparar las prácticas. ▪ Contribuir con iniciativas propias a la relación entre los distintos niveles asistenciales. ▪ Incrementar la presencia en los centros sociosanitarios y en la atención domiciliaria. ▪ Pensamiento crítico como aval profesional. ▪ Demostrar el <i>valor añadido</i> de los cuidados en la calidad de vida o de muerte. ▪ Reconocimiento profesional y social. ▪ Acreditar nuestras actuaciones mediante un sistema de competencias profesionales. ▪ Medir los resultados de las actividades sobre la base de indicadores estandarizados y comparables con las diferentes organizaciones. ▪ Demostrar capacidad para hacer visible la aportación enfermera que enseña a <i>avanzar hacia el cuidado</i>.
Docencia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Crecimiento de la demanda formativa, crecimiento de la oferta formativa. ▪ Presencia en la Universidad. ▪ Carrera profesional y denominación enfermera. ▪ La enseñanza de la enfermería forma parte de la universidad, este hecho ha mejorado la producción y calidad de las publicaciones de las enfermeras. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Afrontar la integración en el contexto europeo de la educación superior: <ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo progresivo de las competencias - De la investigación - De la gestión - De la adopción de un lenguaje común - De la relación teoría-práctica e investigación. - Licenciatura y doctorado. ▪ Formar enfermeras autónomas y responsables y que estas actitudes se mantengan a lo largo de la vida profesional.

Nursing. Varios números (2003)

Del Discurso de las élites se desprende un claro optimismo tanto de los logros como del futuro con la política de convergencia europea.

Artículo de opinión en la revista Enfermería 21: El Discurso de las enfermeras

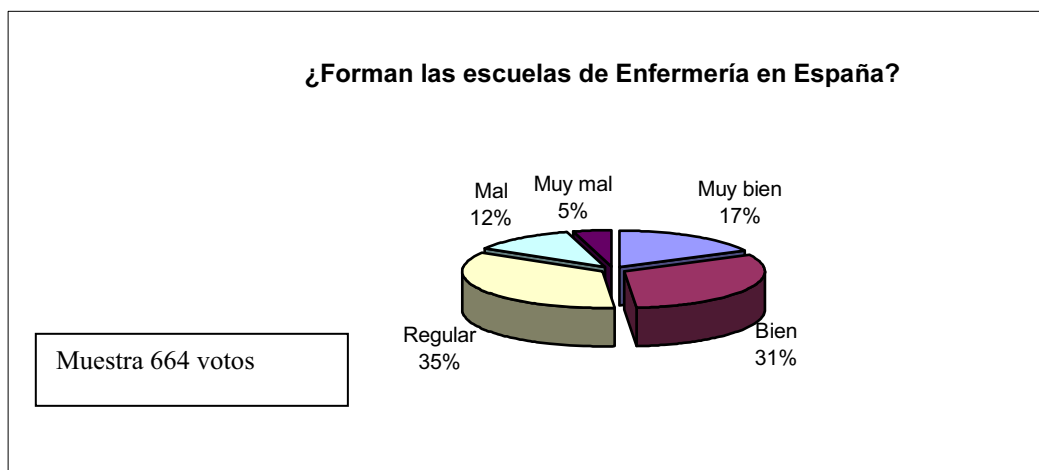
En su sección desde Internet para toda la enfermería, dispone de una sección denominada "Área de Encuestas", donde las enfermeras elevan una pregunta de interés general para la Enfermería, entre las preguntas remitidas, la revista selecciona las que presentan propuestas o las más representativas según el criterio de la revista (la propia revista no explica el criterio de selección), he aquí algunos datos en los que merece la pena detenerse:

Tabla 6.3. Cuestionario

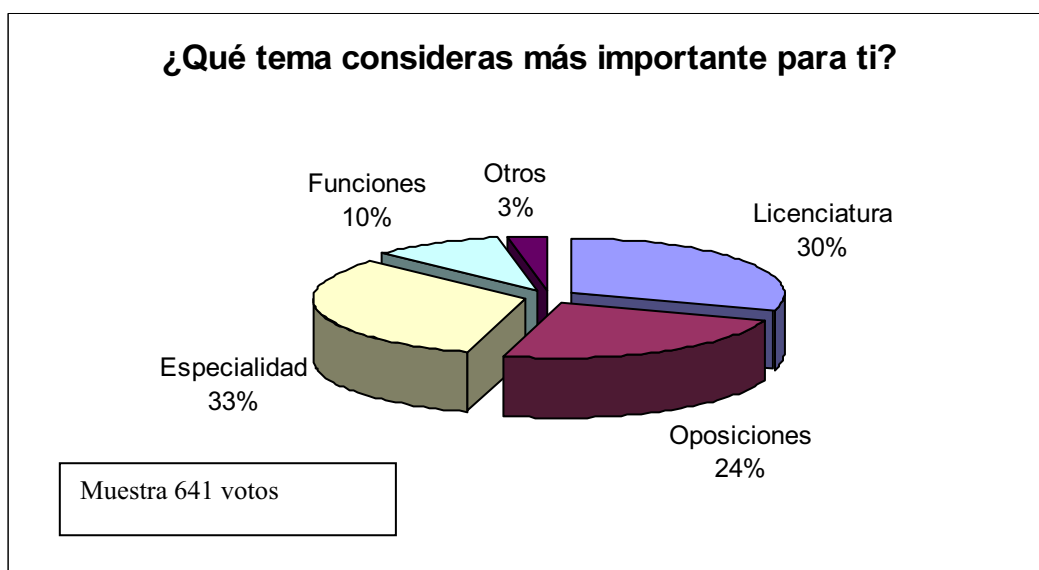
- ¿Perfil de los visitantes de Enfermería 21?
- ¿Las Escuelas de Enfermería en España forman...?
- ¿Cuántas revistas de Enfermería lee cada mes...?
- En las revistas de Enfermería, ¿ qué tipo de artículos suscitan más tu interés?
- ¿Cuántos libros de Enfermería tiene en su casa?
- ¿La colegiación en España debe ser...?
- ¿Qué tema considera para usted más importante?
- ¿Colaborarías como enfermera/o en una eutanasia legal, que se realice con alguno de tus paciente/usuarios?
- ¿Qué aspectos considera más duro en la profesión enfermera?
- ¿Quién defiende mejor sus intereses...?

Fuente: Revista Metas de Enfermería en su sección "encuesta de opinión" vía Internet

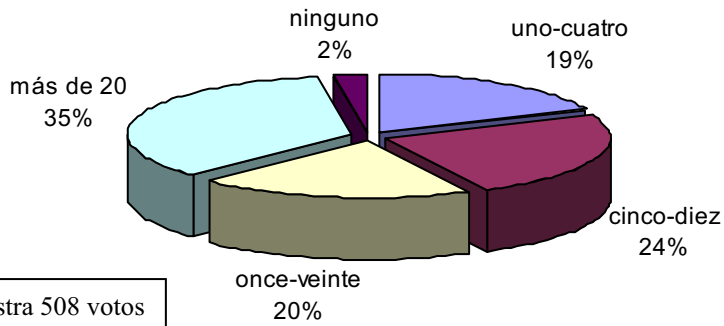
Gráfico 6.1 ¿Forman las escuelas de Enfermería en España?



Fuente: Revista Metas de Enfermería en su sección "encuesta de opinión" vía Internet

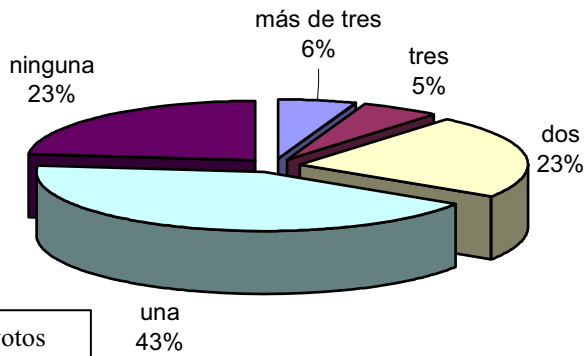


¿Cuántos libros de Enfermería tiene en su casa?



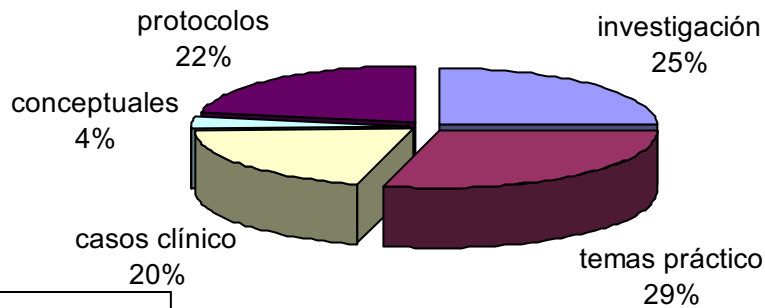
Muestra 508 votos

¿Cuántas revistas de Enfermería lee cada mes?



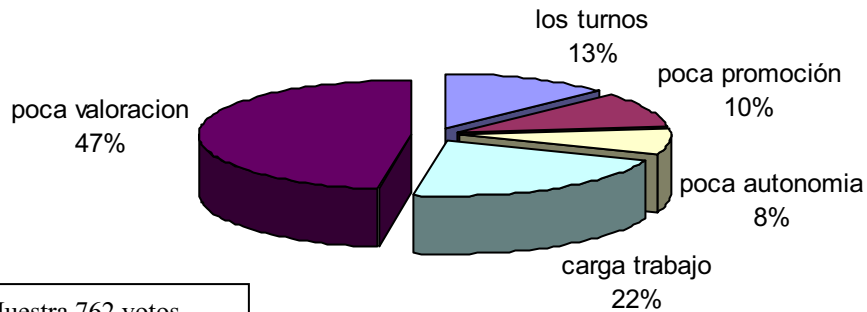
Muestra 729 votos

En las revistas de Enfermería, ¿qué tipo de artículos suscitan más su interés?



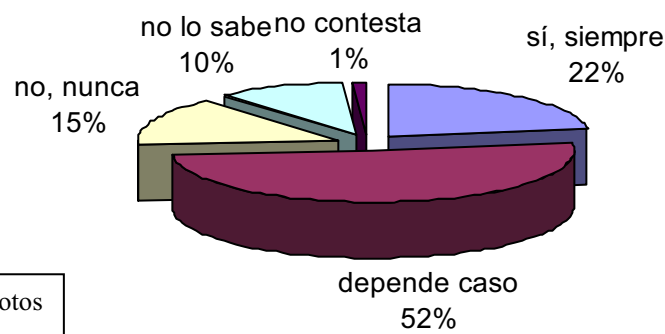
Muestra 440 votos

¿Qué aspecto considera más duro en la profesión enfermera?



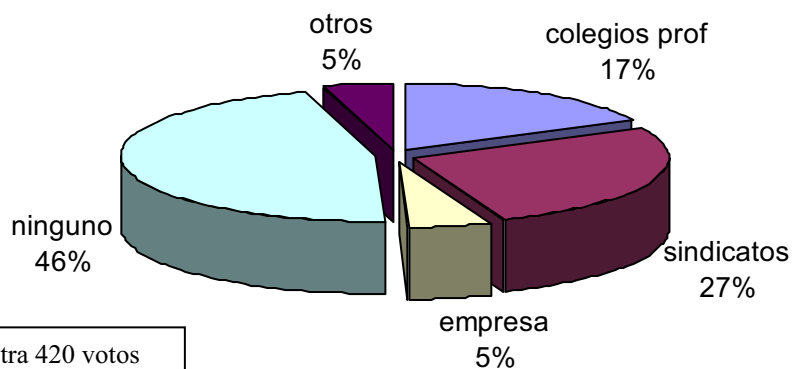
Muestra 762 votos

¿Colaboraría como enfermera/o en una eutanasia legal, que se realice con alguno de sus pacientes?

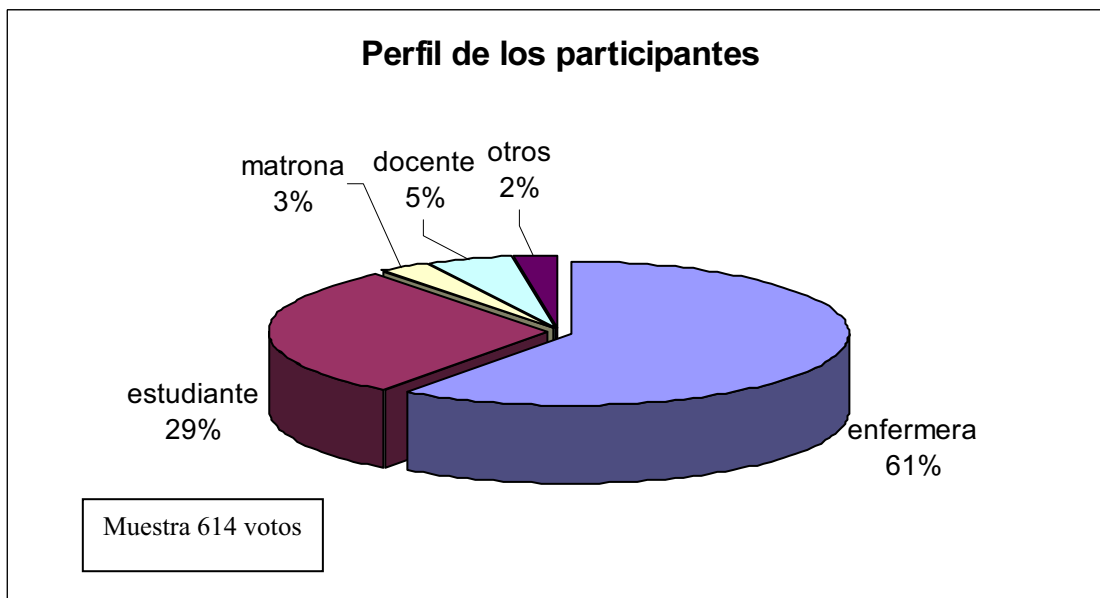
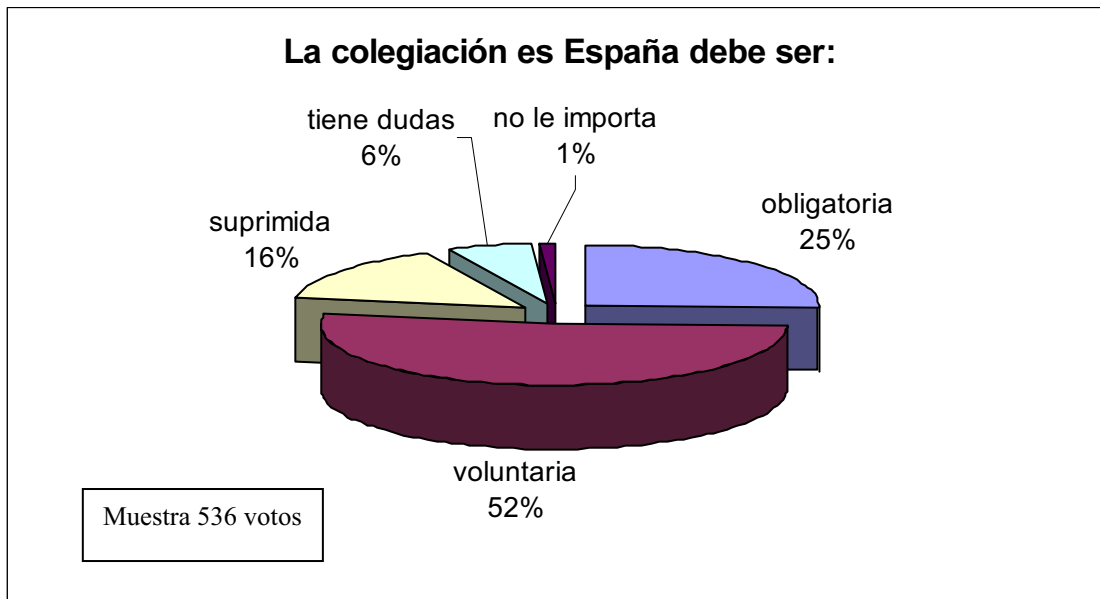


Muestra 868 votos

¿Quién defiende mejor sus intereses?



Muestra 420 votos



Por los resultados a la vista, se desprende un perfil enfermero (De 614votos, 368 son enfermeras, 181 estudiantes, 19 matronas, 31 docentes y 15 otros) en el que habían puesto una gran expectativa en su formación escolar (De 664 votos el 48% dice que muy bien (116) o bien (207) y el 52% regular (232) o mal (109) con la cual se sienten frustradas (45%), concuerda con los análisis de otras encuestas, faltaría agregar que por falta de prácticas y conocimientos de protocolos ya que en la pregunta los tipos de artículos que suscitan su interés(de 480 votos, de investigación (109), destacan las de temas prácticos (129), casos clínicos (89) y protocolos (96), se ha de destacar el bajo nivel de lectura de revistas profesionales (de 729 votos, (41 más de tres), (39 tres) (169 dos), (310 una), y (170 ninguna); así como que de (508 votos, 12 no tiene ningún libro

de enfermería, en su casa, (95 entre 1 y cuatro), (121 entre 5 y 10), (101 entre 11 y 20) y (179 más de 20). En cuanto a la práctica de colaborar en una eutanasia legal (principio filosófico de "acompañar", "estar al lado" de la persona), (de los 868 votos, 195 responden que sí), (445 depende del caso), (130 nunca), (89 no lo sabe) y (9 no contesta). En cuanto a su satisfacción profesional de los (762 votos, vuelve a aparecer la desmotivación por la poca valoración (362), poca promoción (76) y falta de autonomía (59), los turnos (100), y carga de trabajo (165); finalmente su vinculación con las organizaciones es de desconfianza y baja participación (de los 420 votos, (193 no confía en ninguna organización), (112 en los sindicatos), (73 en los colegios profesionales), (23 en la empresa) y (19 en otros) . Estos hallazgos coinciden con los de las encuestas tanto del Colegio de Barcelona como del Consejo General, la enfermería en su conjunto parece padecer el síndrome del edificio paciente/usuario, hermoso y aparente y corroído por las sales (que en este caso es la falta de la sal de la motivación) por dentro. En cuanto a la Colegiación, de los 536 votos (280 considera que ha de ser voluntaria), (135 obligatoria), (84 suprimida), (31 tiene dudas) y a (6 no le importa). De los temas que consideran más importantes de los 641 votos (209 las especialidades), 193 la licenciatura), (156 las oposiciones), (63 las funciones) y (20 otros).

Vemos pues, que no son sólo las enfermeras, los resultados de los estudiantes en ambas encuesta, están en clara contradicción con la opinión de los líderes así como con los colaboradores de la editorial de la revista **ROL** en su veinte aniversario, (Instituciones, Colegios, Asociaciones y Líderes), éstas son algunas de las opiniones:

6.3.3. Desde las autoridades sanitarias: el papel de la enfermería

Ministro de Sanidad

El Sr. Ministro de Sanidad y Consumo, Roman Becaria) entre otras consideraciones, resalta: A partir de los cambios docentes (paso de formación de grado medio dependiente de la Facultad de Medicina a formación universitaria de primer ciclo) su ejercicio profesional ha pasado de un rol de ayuda al médico, a otro más autónomo y con mayor capacidad de toma de decisiones, en el que se destaca una más profunda aportación al bienestar y a la salud de la población.

Conseller de Sanitat

En la misma línea, el Sr. Rius, Conseller de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya, manifiesta: Ante el siglo XXI las profesiones sanitarias se plantean las líneas que deben orientar su aportación teniendo en cuenta los cambios habidos en el sector sanitario, pues bien, entre los profesionales que han hecho posible este cambio están *los Diplomados en Enfermería* que además han experimentado una gran transformación en sus funciones, han pasado de las labores asistenciales a la sombra del médico (lo cual ya implica un avance considerable respecto a la expresión de ayuda al..) a desarrollar un trabajo específico, fundamentado en la ayuda al paciente/usuario y en la atención a sus necesidades de salud, teniendo en cuenta, asimismo, aspectos como los sociales o los afectivos. En este marco, el personal de enfermería ha recuperado sus actividades de cuidado a los paciente/usuarios, centrándose en los aspectos relacionados con la calidad del proceso asistencial, posibilitando la confianza del paciente/usuario en la medicina y adaptando la información médica a los conocimientos de los usuarios, ayudándoles a convivir con su enfermedad, prestándoles su apoyo en su lucha contra las patologías y procurando el máximo confort para mejorar su calidad de vida, etc. Las funciones de los profesionales de Enfermería en Catalunya quedan reflejadas en el Pla de Salut.

Organización Colegial: Consejo General de Enfermería

El Sr. Máximo González Jurado, Presidente del Consejo General de Enfermería centra su artículo en la necesidad de elaborar una estrategia de investigación que implique a todos los organismos interesados en la salud y la enfermería. Pone el énfasis en las líneas de investigación promovidas por la Organización Colegial (1995) orientadas a: Formación del profesional, Colaboración con organismos internacionales para crear redes de trabajo, difusión de las investigaciones por medio de las publicaciones de la Organización Colegial, y Financiación y utilización de investigaciones para abordar la solución a los problemas profesionales. Tal y como recomendó la 4ª Conferencia de Ministros Europeos de Sanidad de 1990, que hizo énfasis en la necesidad de investigar en cada país sobre "Los problemas del personal de salud: cambios y desafíos".

El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) con motivo del Día Internacional de la Enfermera de 1998 propuso poner de relieve las cuestiones claves de la creación y el mantenimiento de lazos de cooperación para la Salud Comunitaria, y mostrar cómo las enfermeras pueden llevar a cabo una función vanguardista. El Consell de Col.legis de

Diplomats en Infermeria de Catalunya, con este fin, promueve una Jornada de consenso sobre "La cooperación en Salud Comunitaria: Aportación de las Enfermeras de Catalunya". En esta jornada celebrada el 5 de mayo y en el que el propio Consell dice haber contado con la participación de un amplio número de enfermeras (105 según listado) asistenciales, profesionales de la gestión y docentes que han aportado su perspectiva. Del documento elaborado y presentado al CIE, se define la cooperación en la salud comunitaria como:

"...Un proceso por el cual las comunidades ejercen su derecho a participar en la adopción de decisiones sobre su propia salud, identificar sus necesidades de salud y planificar y evaluar los servicios para conseguir una mayor autonomía y control social de los recursos para la salud...

"La cooperación es una unión de fuerzas para conseguir fines comunes, como son mejorar la salud y promover la equidad y la justicia social" Día Internacional de las Enfermeras. CIE, pág. 3, Ginebra.

Por otra parte, la definición de la Enfermera en la cooperación se concretó en los siguientes términos:

" En muchos países, son las enfermeras las que dispensan en gran medida la atención primaria de salud. En la cooperación para la salud, la enfermería habrá de llevar a cabo las funciones de:

- ✓ **Impulsora:** la salud de las comunidades está determinada por factores sociales, económicos y culturales, ambientales, biológicos y otros. Las Enfermeras han de propugnar unas condiciones favorables para la salud en cooperación con la comunidad y otros grupos.
- ✓ **Capacitadora:** Las enfermeras han de tender a reducir las diferencias en el estado de salud de las poblaciones y a asegurar oportunidades y recursos iguales que permitan a las personas realizar su potencial óptimo de salud. Las acciones de la enfermería han de orientarse a proporcionar un acceso conveniente a la información y a instruir en las capacidades y oportunidades que permitan a las personas hacer opciones informadas y sanas.
- ✓ **Intermediaria:** A favor de la salud, las enfermeras han de mediar entre las comunidades, los gobiernos, los sectores de salud, social y económico, las organizaciones no gubernamentales y benéficas, la industria y los medios de comunicación". Adaptado de la Organización Mundial de la Salud -OMS-(1986).

A partir de este documento, el Consell espera que las enfermeras catalanas reflexionen e inicien una nueva etapa poniendo en marcha un proyecto compartido por todos los profesionales.

Universidad

Desde la Universidad, el Sr. Antoni Caparrós, Rector de la Universidad de Barcelona y La Sra. Anna Roigé, profesora titular de Enfermería y Secretaria General de la Universidad de Barcelona, en su artículo, repasan los avances a partir de la década de los 70 ya que ésta representó el inicio de una etapa elemental para el desarrollo de la Enfermería como profesión. La integración de las Escuelas en la Universidad supuso un cambio en los planes de estudios que llegaron a ser de los más novedosos y avanzados en el campo de las profesiones sanitarias. Se lograba así uno de los objetivos primordiales para cualquier profesión respecto al nivel y adecuación de la formación recibida para poder actuar en los distintos ámbitos de su competencia. Esta mejor formación y la inmersión de la enfermería en el mundo universitario, plantea la posibilidad de hacer investigación. Sin investigación la ciencia enfermera no puede progresar pues no se debe olvidar que a través de ella se puede optimizar la docencia, contribuir al progreso social y económico, dando además respuesta a la necesidad humana del conocimiento. Plantean la estrecha correspondencia que existe entre los cambios del sistema educativo y del sistema sanitario con la nueva configuración de la profesión. En efecto, hace ya tiempo que la enfermería se considera un pilar fundamental en el sistema de salud, y ahora este lugar empieza a ser reconocido por la sociedad y también por el poder político que es, en definitiva, el máximo responsable del funcionamiento del país. Como conclusión se plantea imprescindible disponer de los instrumentos adecuados para que la docencia no se contradiga con el desarrollo profesional, mejor dicho, hay que utilizar todos los medios necesarios para lograr la coherencia entre las demandas sociales, la formación académica y las necesidades de la profesión. Consideran muy importante la implicación de los medios de comunicación por el tipo de información que realizan y la proyección de la imagen corporativa de una profesión que transmiten a la sociedad. Supongo que este último considerando va dirigido a glosar la propia revista ROL como comunicador durante años de la profesión y su imagen profesional.

6.3.4. Desde las asociaciones profesionales

Asociación Española de Enfermería Docente (AEED)

La Asociación Española de Enfermería Docente (AEED) y L'Associació d'Infermeria Catalana (ACI) entre otras, -al igual que Larson- sostienen que el grado de profesionalización varía según el contexto político-social. De ahí que sus últimas sesiones científicas hayan estado dirigidas a divulgar los avances científico-técnicos de los profesionales, así como a poner en conocimiento de los profesionales y de las sociedades científicas y civiles, las opiniones de sus líderes respecto a temas como son: La investigación en Enfermería, la formación, etc.

La AEED (1990) centró sus jornadas en la investigación. A modo de ejemplo:

La Investigación y la enseñanza de la Enfermería. (Investigación como proceso de enseñanza-aprendizaje) Fernández Sánchez, Pilar EUE U. Alicante y la investigación en la práctica indispensable como instrumento de mejora de los cuidados de enfermería (Porras Larrinaga, Santiago. Director Hospital de Cáceres).

En 1994, el lema fue: Innovaciones en Enfermería: Construyendo cultura profesional. Constituyó un foro de discusión sobre:

Certezas e incertidumbres: un análisis de la situación profesional (conferencia inaugural a cargo de Arroyo, M.P. Presidenta de la AEED (La situación profesional: Necesidad de reclamar el desarrollo académico como medio de desarrollo profesional. Las nuevas tendencias en investigación enfermera (entre otras, desarrollo de métodos capaces de medir la complejidad de los cuidados, evaluar su rentabilidad, etc. a cargo de (Alfonso, M.T.) y (Ugena, B.).

El contexto educativo superior. Las nuevas estrategias para la formación enfermera (Esteve, N.) y (Benabent, M.A.). (Preparación necesaria delante de un incremento de los conocimientos de la población y los cambios en los patrones de salud y organizaciones sanitarias)

La intervención enfermera en un entorno cambiante (Alberdi, R.M.), (Arriaga, E.) y (Campo, M.A.); (El sistema sanitario como empresa y el producto que ofrecen los profesionales de enfermería. El producto de enfermería se considera de tipo intermedio, como producto final (Campo, M.A.) comenta que no hemos sido capaces de elaborar un proyecto claro de cuidados enfermeros ni una línea de investigación

definida. Recalca la necesidad de definir claramente qué servicios ofrecen las enfermeras para cada grupo de población,...

Construir culturas profesionales a cargo de Buxó i Rey, M.J. (Universitat de Barcelona).

La construcción de una cultura profesional puede hacerse utilizando varias orientaciones, desde la importación de modelos teóricos y tecnológicos avanzados de otras experiencias, ahora bien, no basta emular ideas nuevas sino que hay que elaborar adopciones innovadoras. Como muy bien apunta Buxó, la adopción innovadora se construye sobre la base de la combinación de la lógica y la intuición, conocimiento y acción, razón y pasión, ética y estética, es decir, sobre un mejor conocimiento de nuestros pensamientos y acciones.

En 2004 su lema se centro en " La Enfermería en la Europa del Conocimiento: futuro entorno de trabajo", donde se abordaron los cambios curriculares para adaptarse a las Directrices europeas.

Associació d'Infermeria Catalana

La Associació d'Infermeria Catalana (1997) en su 5º congreso presentó cinco comisiones de trabajo que versaban sobre: Les infermeres com a professionals de serveis. Competències professionals. La comisión 2 trabajó en: Nous escenaris de futur en la prestació de cures. La 3: Nous models organitzatius. Implicació de les infermeres. La 4ª trabajó sobre el mercat del treball per als professionals infermers y en la 5ª, ¿Què han de saber les infermeres en el futur? Com hem de mantenir la competència professional?

6.3.5. Desde la propia imagen de los profesionales

Autoimagen e imagen de los demás

La imagen social de una profesión está condicionada en parte por su historia, sus actores (en este caso mayoritariamente mujeres) y por el prestigio de las actividades que brinda a la sociedad (en este caso tareas de cuidados). Los estereotipos sobre la profesión de enfermería tanto en cine como en los mass-media, no difieren demasiado de la imagen popular que tiene los futuros protagonistas de la enfermería.

En las conclusiones de la encuesta del Consejo General de Enfermería (1998) del Libro Blanco de la Enfermería en el apartado de Autoimagen, ésta está muy marcada por la asociación con aspectos humanistas (esfuerzo, sacrificio, solidaridad, altruismo, ética, etc..) y separada de conceptos pragmáticos (salarios altos, capacidad de gestión, prestigio social etc.). Según esta encuesta una de las razones que les habían impulsado a estudiar en enfermería, la respuesta mayoritaria es de tipo vocacional: "la profesión que más me gustaba" (78,3%). Las enfermeras se autoposicionan en un punto quizás excesivamente extremo respecto a otras profesiones (salarios altos = abogados, capacidad de gestión = políticos). Las posiciones humanistas tienen un gran relieve (43,3%).

Para Domínguez-Alcón (1985), existen varias imágenes de las enfermeras; tanto en lo que respecta de los otros como las imágenes que de sí mismas tienen las enfermeras.

En la encuesta evaluación interna de la asignatura de Fundamentos de Enfermería de la Escuela de La Vall d'Hebron pasada a los estudiantes de primer curso al iniciar el programa de la asignatura éstos describen a la enfermera como una joven de sexo femenino, que ayuda a la persona, pone inyecciones y cura. Zapico et al. (1997). De las diferentes imágenes vamos a referirnos a la imagen que los estudiantes de enfermería tienen de la enfermera como referente a la hora de cotejarla con nuestros resultados.

Siguiendo el esquema de Carmen Domínguez, comentaremos los datos según los ejes descritos en su trabajo: el individuo paciente/usuario o sano, la técnica y los conocimientos; la salud; la sociedad.

Nuestros resultados reafirman lo expresado por Domínguez-Alcón en los siguientes términos:

- a. El individuo - paciente/usuario - paciente/usuario: Rasgos paradigmáticos analizados: Personas que aparecen en los dibujos, Un 39,8% centran su mirada en la imagen de la enfermera atendiendo al paciente/usuario encamado, pero también hay, un 21,1 y un 7,4% que nos dan una idea más global del individuo en situación de salud o enfermedad o riesgo que para nosotras significa un reconocimiento de las tareas de las enfermeras más amplias.

- b. La técnica y los conocimientos: rasgos paradigmáticos analizados: Herramientas (instrumental) que aparecen en los dibujos: Reflejan una perspectiva de ayuda al médico y a la aplicación de la técnica ordenada por otros profesionales: Un 33,3% dibuja una jeringa, un 18,5% un carro de curas y un 10,1% un fonendoscopio. Ahora bien, hay un 14,8% que nos dibujan a la enfermera en una actitud de charla activa muy significativa.

En nuestras conclusiones, como dirían Quin y McMahon (1987 el estudio de las estructuras de las narraciones visuales y escritas (televisión, cine, cómic, novela) nos ponen de manifiesto cómo funciona una historia y por lo tanto qué significa. Esa estructura, aunque no puede ser vista, nos da la clave (código) para entender y relacionarnos en nuestro contexto. Los mass-media nos presentan una imagen del mundo, de nosotros, de las profesiones, que tendemos a aceptar como lógicas y naturales porque nos son comunes y parecen reflejar la realidad. Estas imágenes encierran poderosos mensajes sobre nuestras vidas, sobre determinados colectivos, sobre lo bueno y lo malo. Son lo que denominamos "valores". El cine, si exceptuamos Jonhny cogió su fusil (de escasa difusión) y El paciente/usuario inglés, Beautiful people, y la televisión tienden a representar a las enfermeras como una figura decorativa u objeto sexual (Mash). En general, pensamos que nuestras estudiantes (portavoces de su época) representan al colectivo enfermeras como representarían a "Los vigilantes de las playas", o "Melrose Place", es decir, jóvenes, alegres, que ayudan a los demás. Son las fuentes que nos ayudan a crear los estereotipos.

La definición que da el Diccionario de la Real Academia Española de un estereotipo, es: "imagen o idea aceptada por un grupo o sociedad con carácter inmutable" (edición 1980); definido el estereotipo como una imagen convencional que se ha acuñado para un grupo de personas, es decir, la forma habitual como se suele presentar a un grupo de gente. Para Quin y McMahon (op.cit.), el estereotipo en este sentido funciona como un atajo y simplifica la comunicación. Normalmente, un estereotipo implica un juicio de valor. A pesar de no saber por qué surgen y cómo los utilizamos. La capacidad de reconocer y entender el significado de un estereotipo depende de la interpretación compartida de símbolos y de un conocimiento común de los significados asociados a esos símbolos. El estereotipo además de una forma con determinadas características implican como ya hemos dicho un juicio de valor. Es una opinión sobre un grupo,

colectivo, que puede ser positiva o negativa. Generalmente, la enfermera se le asocia a una imagen positiva, rol de madre, la gran madre. Este estereotipo funciona porque sigue respondiendo al rol pasivo que refuerza el dominio masculino "doctor" o "marido". De nuestro estudio, se desprende que el estereotipo de la enfermera es: Mujer joven uniformada con pijama, cofia y cruz como signo distintivo. Sonriente y en actitud de ayuda, que atiende a una persona generalmente encamada en una sala de hospital y con suero. Los instrumentos representados más comunes son: jeringas, carro de curas, fonendo y termómetro.

El hecho de que la representación sea eminentemente femenina, se corresponde con la población que ha realizado los dibujos; 108 estudiantes de los cuales el 85% son mujeres (92) y el 15% hombres (16).

Otra experiencia vivida, es que, a medida que los alumnos avanzan en los programas, las preferencias a la hora de matricularse en las asignaturas optativas y de libre configuración del nuevo plan de estudios, se inclinan más por las de orientación más quirúrgica (Emergencias extrahospitalarias, curas paliativas, etc.) que por las de ayuda cognitiva (Técnicas de comunicación, Documentación, Teorías y modelos, Elaboración de proyectos, Comunicación científica, etc.). Así, nos encontramos que las asignaturas denominadas de enfermería (sobre todo materno-infantil y médico-quirúrgica) tienen mayor aceptación entre los estudiantes (le presuponen una mayor capacitación en técnicas de enfermería).

Romá (1992) en su trabajo de investigación destaca el grado de importancia relativa que las diferentes asignaturas del actual plan de estudios han tenido para la formación de los profesionales de enfermería encuestados, de los resultados se desprende que las asignaturas propias de enfermería (Materno-infantil, Médico-quirúrgica, Salud pública, educación para la salud, geriátrica y fundamental) obtienen puntuaciones más altas tanto en la teoría como en la práctica. La justificación pudiera encontrarse en que dichas asignaturas tienen una mayor relación con la práctica cotidiana profesional, es decir, "son acordes con el papel sociosanitario de la profesión" Ostrov (1973),

En el informe encuesta del Col.legi d'Infermeria de Barcelona no se piden más horas teóricas sino más prácticas de las ya mencionadas técnicas de enfermería con las

cuales parece identificarse el "cuidar"; también reclaman la necesidad de aumentar la carga lectiva de estas asignaturas lo que se contradice con las nuevas directrices del plan de estudios que tiende a una reducción generalizada de la duración de las asignaturas, pero no de sus contenidos.

Cabe destacar la cita de Domínguez-Alcón (1986) que expresamente resume en aquello que debería haberse hecho y que aún está pendiente que es "profundizar en los cuidados de enfermería con el fin de dar un cambio significativo en el ejercicio profesional".

6.3.6. Desde las asociaciones y sindicatos, el saber y las competencias:

Proyecto sobre Competencias de la Profesión de Enfermería

Es en el marco de la enfermería catalana donde se elabora el proyecto sobre competencias de la profesión de enfermería (Octubre 1996). El objetivo concreto es definir las competencias de la profesión de enfermería. Como marco conceptual han descrito a la profesión independientemente del campo de actuación de la misma. La enfermería queda definida entre otras características como una profesión de servicios, que proporciona cuidados de enfermería aplicando los conocimientos y técnicas específicas de su disciplina; se basa en el conocimiento científico y se sirve del progreso tecnológico, así como de los conocimientos y las técnicas derivadas de las ciencias humanas, físicas, sociales y biológicas. Sus competencias quedan definidas como el conjunto de habilidades, actitudes y conocimientos y los procesos complejos para tomar decisiones que permiten que la actuación profesional esté en el nivel exigido en cada momento. Estas competencias sirven para reflexionar sobre el propio trabajo y tener un marco de referencia de los sistemas evaluadores y de titulación entre otras. Los resultados de la encuesta y el propio trabajo de los integrantes de la comisión nos plantean como competencias de enfermería los siguientes títulos que definen cada una de la etapas i/o procesos que conforman la actuación de las enfermeras: 1. Proceso de cuidados: valoración, recogida de datos y formulación de problemas, priorización y actuación, evaluación. 2. Prevención y promoción de la salud. Procedimientos y protocolos. Cuidar a los paciente/usuarios en situaciones específicas. Comunicación/relación con los paciente/usuarios i/o sus familias. Trabajar en equipo y

la relación profesional. Comunicación interprofesional. Mantener las competencias profesionales. Ética, valores y aspectos legales. Implicación y compromiso profesional.

De su análisis se desprende una finalidad muy clara, la concreción del perfil profesional generalista (dispensador de cuidados) a partir del cual se pueden elaborar las normas de calidad del ejercicio profesional y los criterios para poder evaluarlos.

Aula d'atenció primària. L'atenció d'infermeria a l'atenció primària (1992)

Otro documento importante es el del Aula d'atenció primària. L'atenció d'infermeria a l'atenció primària (sin fecha de publicación). Después de definir la misión de la enfermería en la sociedad como la ayuda a los individuos, familias y grupos a determinar y a conseguir su máximo potencial físico, mental y social, y a realizarlo en el contexto desafiante del medio en que viven y trabajan elaboran un documento cuyo objetivo es "crear un marco de referencia para las enfermeras de la atención primaria para adecuar los cuidados de enfermería a las necesidades de la población, facilitando el crecimiento y habilidades adecuadas para un desarrollo armónico, potenciando las personas en el mantenimiento de la salud y bienestar propio y del entorno y conseguir la máxima independencia posible de los individuos, familia y comunidad en cualquier edad y situación de salud".

Los puntos de intervención se concretan en los siguientes títulos:

1. Persona sana: promoción de la salud, prevención de la enfermedad.
2. Persona enferma: paciente/usuario agudo, paciente/usuario crónico.
3. Muerte: curas paliativas, proceso de duelo.
4. Atención domiciliaria: propuesta de presente, propuesta de futuro.
5. Propuestas organizativas: unidad asistencial básica, familias.
6. Formación e investigación.
7. Propuesta de futuro: Hoja de valoración de enfermería basada en un modelo conceptual (V.Henderson). Plan de cuidados estandarizado y gestión de casos. Todo ello en los ámbitos del Centro, domicilio y comunidad.

Del análisis del mismo se desprende la necesidad de tener los valores, conocimientos y habilidades intelectuales para hacer frente a las necesidades cada vez mayores que plantea la sociedad, poner en práctica los programas de salud y evaluar los resultados.

En la actualidad este modelo está en fase de discusión e implementación en algunas de las áreas básicas de la atención primaria.

Como paradoja nos encontramos en los documentos analizados que en el plano docente, se ha legislado a favor de un marco teórico que tiene el cuidado como eje vertebrador de las asignaturas troncales de enfermería. Que este eje está presente en los planes de estudios de las principales escuelas (porque así consta en los descriptores del BOE) y en el desarrollo de las asignaturas de enfermería. Así mismo, desde diferentes ámbitos pero todos ellos auspiciados por la administración, se potencia la elaboración, discusión y en el caso de l'Aula d'Atenció Primària de su puesta en práctica de las normas y criterios de actuación profesional compatibles con la formación de los alumnos formados en cualesquiera de las Escuelas revisadas y de aquellas adscritas a la misma Universidad. Que han pasado 20 años de la integración en la Universidad. Que es la segunda modificación del plan de estudios, que ambas modificaciones y por lo que nos consta a través de las diferentes asociaciones profesionales se han trabajado con un modelo que mayoritariamente es el de V. Henderson, lo cual también se puede comprobar a través de las publicaciones de los últimos trabajos e investigaciones de las diferentes revistas profesionales y todos los considerandos que creamos oportunos no dejan de chocar cuando se analiza la realidad del contexto laboral (*trabajo por tareas rutinarias*) y que un 59% de los encuestados por el Colegio de Barcelona no trabaja con ningún modelo de enfermería ni metodología de cuidados. Del 41% que sí dice utilizar un modelo (en un 92,2% es el de V.Henderson) son los jóvenes con una experiencia de 3 a 10 años los cuales mayoritariamente trabajan en el ámbito hospitalario. La ficha técnica de esta encuesta ha sido una muestra de enfermeras de 720 en un universo de 24.000 enfermeras colegiadas de la provincia de Barcelona.

Propuestas de carrera profesional

En la presentación de su proyecto de Carrera Profesional de Enfermería, en el capítulo III. Estudio comparativo de los proyectos de carrera profesional (SATSE 1996), se cita la preocupación de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) por la desmotivación creciente del profesional de enfermería y establece en su recomendación 157 lo siguiente: *"Se deberían adoptar medidas para ofrecer perspectivas de carrera razonables al personal de enfermería, previendo una gama suficiente, variada y accesible de posibilidades de promoción, el acceso a puestos de*

dirección, en los servicios de enfermería, a la enseñanza de enfermería, y también una estructura jerárquica y una estructura de remuneración que reconozcan la aceptación de funciones que entrañen responsabilidades más elevadas y requieran un grado superior de capacitación técnica y de juicio profesional".

En general, tanto en la Unión Europea (EU) como en los estados del Continente Americano, lo que se considera como carrera profesional es una clasificación de los puestos de trabajo de enfermería en relación con el desempeño de niveles de responsabilidad, acorde con la asignación de tareas de mayor complejidad, dificultad, mayor responsabilidad, experiencia, supervisión y otros factores, que hacen referencia a lo que los distintos proyectos españoles han denominado carrera de gestión o carrera administrativo-jerárquica. No tienen ningún parecido con los proyectos de España.

La Dirección General de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad y Consumo (Abril 1993), ha elaborado un Borrador de Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias donde en el Título III se contempla la carrera profesional para los licenciados y diplomados que desempeñen sus funciones en centros o servicios sanitarios públicos. Hoy, diciembre de 2003, publicado en el BOE, es un hecho.

SATSE ha analizado, entre otros, los proyectos del Sindicato Enfermería de Catalunya, Unión General de Trabajadores (UGT), Consejo General de Enfermería, Federación Asociaciones Defensa Sanidad Pública Enfermería (F.A.D.S.P.), Administración Central licenciado y diplomados, Partido Popular que lo presentó como Proposición de Ley Grupo Parlamentario Popular en abril 1991. Todos ellos hacen referencia a los mismos apartados: Definición, objetivo, niveles y categorías, méritos, acceso, acreditación, consolidación (excepto Consejo General de Enfermería y Administración Central), ámbito de aplicación e incentivos.

A la Proposición de Ley Grupo Parlamentario Popular (Abril 1991) de los grupos parlamentarios sólo Coalición Canaria estuvo a favor, el resto PSOE, CIU, IU-IPC, Grupo Vasco mostraron sus discrepancias bien por no estar de acuerdo, o porque no se contempla a otras profesiones, o por error en las Leyes, etc.

En la actualidad (2003) en la Ley 16/2003 del 28 mayo de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (BOE nº 128 de 29 mayo) página 10715, aprobada por el Parlamento y publicada en el BOE, aparece lo legislado respecto a la carrera profesional, de todas formas, en Catalunya existe un pacto anterior, desde el año 2003 que el Instituto Catalán de la Salud, el mayor contratante de enfermeras, ha reconocido la carrera profesional e inicia el pago de la misma a médicos y enfermeras.

6.4. Conclusiones

Está claro que la opinión de las enfermeras y estudiantes respecto a la opinión del resto de los interlocutores de la profesión y las Autoridades entrevistadas ha de diferir a la fuerza, son expectativas y discursos sobre la imagen de la profesión diferente. Si los actuales directivos la mayoría por edad provienen de una formación de enfermería eminentemente técnica, el valor añadido estriba en el hallazgo como piedra filosofal de la profesión los modelos conceptuales y los diagnósticos enfermeros que ponen a prueba sus conocimientos, habilidades y aptitudes para poner en práctica unas prácticas basadas en la reflexión crítica. Los estudiantes inmersos en un mercado laboral precario donde los servicios mayoritariamente contratantes son los de urgencias y Cuidados intensivos, viven sus prácticas carentes de sentido, ya que la primera herramienta que han de utilizar y dominar son las técnicas más ligadas al rol de ayuda al diagnóstico y tratamiento médico, tarea de enfermería que ocupa el 75% de sus quehaceres. Los enfermeros realizan a lo largo de sus prácticas actividades que tienen que ver con su rol propio, con su rol delegado, con su rol de colaboración y con su rol de observador de los procesos, cambios, respuestas de la persona ante la situación que está viviendo. Viven como un fracaso el que en la actualidad "se sonda poco" tarea a la que le dan una enorme importancia, cuesta entender que no hayan comprendido el principio básico del por qué en la actualidad se sonda cada vez menos; ¿qué falla, qué está pasando?, Cuando saben que en las prácticas de los colegas que han salido al extranjero no son éstas precisamente por las que se valora el trabajo enfermero. Mi conclusión es que el mercado tiende a reclamar los cuidados de promoción y prevención de salud, los cuidados en situaciones de dependencia y en situaciones de paliativos, donde las técnicas de comunicación, relación de ayuda, son imprescindibles (ver puntos de intervención en la pág 187 sobre las intervenciones propuestas por l'Aula d'Atenció Primària (1992) y que en la actualidad se están llevando a cabo. En cuanto a las enfermeras, la falta de motivación, el descontento viene dado por la falta de reconocimiento personal a su tarea, al alejamiento de las élites, mandos del día a día y de sus organizaciones que carecen (hasta la fecha) de un necesario feed-back con los profesionales, hay quien se queja que nunca ha sido llamado por el Colegio

para preguntarle su satisfacción personal por los servicios prestados, respuesta que también contrasta con la opinión de la Junta del Colegio que se quejan que los profesionales sólo contestan un número reducido del colectivo a sus encuestas. En cuanto a las autoridades de los documentos estudiados y de sus propias palabras, se visualiza una situación de mercado competitivo donde las competencias serán el eje que marque la necesidad en las contrataciones. Si los enfermeros gestionan bien su parcela de cuidados y delegan con supervisión aquello para lo que se ha contratado otro profesional, las enfermeras de este país, como gestoras polivalentes de los cuidados generales tal como estipula la Directiva Europea, serán los profesionales del futuro en la atención en todos los ámbitos incluido el on-line. Falta poner los medios y sobretodo las estrategias para que estas políticas sean factibles, el cansancio y la desmotivación de las enfermeras merecen una revisión de las políticas de personal que pase por la incentivación personal.

Capítulo VII. Ámbitos para el ejercicio profesional

7.1. El sistema sanitario de Catalunya

7.1.1. Historia del modelo

Actualmente, el modelo sanitario catalán, siguiendo las orientaciones de la OMS para el siglo XXI, se consolida desde la perspectiva de servicio nacional de salud, en la solidaridad y la universalidad.

De las transferencias a la LOSC

1981. La Generalitat recibió las transferencias en materia sanitaria.

Centros y servicios sanitarios (Insalud) y sociales (Insero)

Camas: 30% Seguridad Social (SS), 70% otros.

1981-1983. Inicio de la gestión.

Despliegue del mapa sanitario de Catalunya, una propuesta que recogía la voluntad de aprovechar todos los recursos existentes.

Acreditación de los centros.

Primera orden de conciertos.

1983-1989. Se establecen las bases del modelo.

Creación del Institut Català de la Salut (ICS), entidad gestora de las prestaciones y los servicios sanitarios de la Seguridad Social.

Creación de la red hospitalaria de utilización pública (XHUP).

Inicio de la reforma de la atención primaria (RAP).

Plan de reordenación hospitalaria.

Descentralización y control de la gestión.

1989-1990. Transición.

Inicio de la separación de financiación y provisión con la creación de la Dirección

General de Recursos Económicos de la Seguridad Social (DGRESS).

Nuevo papel del ICS: productor de servicios.

Inicio de una nueva cultura organizativa.

1990. Aprobación de la Ley de ordenación sanitaria de Catalunya (LOSC); se formaliza el modelo sanitario catalán.

Principios de la LOSC

- La sanidad es un servicio público, financiado públicamente.
- Asistencia sanitaria universal.
- Sistema sanitario integrado: énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.
- Equidad y superación de las desigualdades territoriales y sociales en la prestación de los servicios sanitarios.
- Racionalización, eficacia, simplificación y eficiencia.

La LOSC configura el modelo sanitario catalán

- Separación de la función de financiación y compra de servicios de la provisión.
- Diversificación de proveedores.
- Mercado mixto de competencia planificada y regulada.
- Diversidad de fórmulas de gestión.
- Descentralización de servicios.
- Desconcentración de la organización: regiones sanitarias y sectores sanitarios.
- Participación comunitaria: consejos de dirección, consejos de salud, participación de órganos de gobierno de las instituciones sanitarias.

De la LOSC al CatSalut como aseguradora pública

Enero de 1991: Se crea el Servei Català de la Salut (SCS). El SCS inicia su camino para transformarse en una aseguradora pública.

1995-1999. Modificación de la LOSC del 1995.

Ahondamiento en la diversificación de proveedores en el ámbito de la atención primaria.

Plan de servicios sanitarios y sociosanitarios de Catalunya.

Nuevo modelo de financiación sanitaria 1998-2001.

Año 2001: 10 años después de su creación, el SCS ha conseguido de manera efectiva la separación de funciones entre la financiación y la provisión.

2001: El Servei Català de la Salut, SCS, pasa a denominarse CatSalut en su forma abreviada.

El CatSalut potencia la función aseguradora, que incluye la compra de servicios pero también de otras funciones. La función de financiación queda fuera de su ámbito y

se sitúa en el ámbito de la autoridad sanitaria y, en definitiva, en el ámbito del Parlamento.

7.1.2. El modelo sanitario catalán

En 1990 se concreta el Servei Català de la Salut mediante la Ley de Ordenación Sanitaria de Catalunya (LOSC), este modelo se consolida como un modelo mixto, propio del país, con la extensión del modelo a todas las líneas de productos sanitarios y sociosanitarios. Es un modelo sanitario mixto, que integra en una sola red de uso público todos los recursos sanitarios, sean o no de titularidad pública, y que recoge una tradición de entidades (mutuas, fundaciones, consorcios, centros de la Iglesia) históricamente dedicadas a la atención de la salud. Este modelo de integración se inició con la red hospitalaria de utilización pública (XHUP). Desde la XHUP, el modelo se extendió a otras líneas (primaria, sociosanitaria, salud mental) y a otros servicios sanitarios (emergencias, transporte sanitario).

En enero de 1991 nace el Servei Català de la Salut (SCS) que en el 2001 pasa a denominarse CatSalut. El Catsalut es el eje fundamental del modelo sanitario catalán; se convierte en el ente de planificación, financiación, evaluación y compras de los servicios sanitarios. Actualmente, el CatSalut se define como la aseguradora pública de Catalunya, ya que actúa como garante de las prestaciones sanitarias de cobertura pública. El CatSalut planifica, compra y evalúa los servicios sanitarios en función de las necesidades de la población desarrollando, por un lado, una gestión integral de la oferta y la demanda, y por el otro, la comunicación con los ciudadanos y su participación. El CatSalut es una pieza clave dentro del modelo sanitario catalán, ya que se encarga de garantizar la asistencia sanitaria integral y de calidad para todo el mundo. El CatSalut es un ente adscrito al Departamento de Salud de la Generalidad de Catalunya. Su misión es garantizar una atención sanitaria de calidad a todos los ciudadanos y ciudadanas de Catalunya. Y como ente público responsable de garantizar la prestación de los servicios sanitarios de cobertura pública, de cobertura a todos los ciudadanos y ciudadanas de Catalunya.

El CatSalut, como aseguradora pública de Catalunya, tiene como objetivos básicos:

- Situar a los ciudadanos en el centro de la gestión sanitaria y de la salud.
- Garantizar una atención sanitaria de calidad.
- Asegurar la sostenibilidad del sistema sanitario.

La accesibilidad, la participación, la atención directa, la corresponsabilización con la salud, la información y la comunicación, la prevención y el estudio de demandas futuras son aspectos fundamentales en la gestión activa de las necesidades sanitarias de la población. La misión del CatSalut es garantizar una atención sanitaria de calidad a todos los ciudadanos y ciudadanas de Catalunya, mediante una adecuada adaptación de la oferta sanitaria a las necesidades de los ciudadanos.

El sistema sanitario catalán es un sistema con financiación pública con cobertura universal, al que todos los ciudadanos de Catalunya pueden acceder. Este sistema tiene un responsable del aseguramiento público: el CatSalut. Su función aseguradora se enmarca en la tendencia de la mayoría de modelos sanitarios europeos.

El CatSalut es el responsable de la planificación, compra y evaluación de los servicios sanitarios en función de las necesidades de salud de la población. Actúa como garante de las prestaciones sanitarias para que los recursos sanitarios, económicos y humanos estén al servicio de los ciudadanos y ciudadanas con unos criterios de equidad, calidad y eficiencia; compra estos servicios a sus diversos proveedores, mediante los contratos en los que se recogen los objetivos de salud y los servicios que se contratan. El conjunto de servicios sanitarios que garantiza el CatSalut incorpora las atenciones que se prestan a los centros asistenciales y también las otras prestaciones del sistema sanitario, como los medicamentos, las prótesis o el transporte sanitario.

Servicios que ofrece:

- ✓ La atención primaria es el primer nivel de acceso y se presta principalmente en los centros de atención primaria (CAP)
- ✓ Atención especializada

La atención especializada es el segundo nivel de acceso a la sanidad pública y comprende:

La atención hospitalaria

Atención sociosanitaria

Atención psiquiátrica y salud mental

Atención a drogodependencias

Otros recursos de atención especializada

Atención farmacéutica

✓ Además de los servicios de atención primaria y especializada, tienes al alcance una serie de prestaciones complementarias como el transporte sanitario o las prestaciones ortoprotéticas, que complementan tus necesidades de salud.

Los trasplantes, las listas de espera son otros puntos de interés; así como dos teléfonos, el de Sanitat Respon, para resolver cualquier duda sobre la sanidad y la salud; y el teléfono de las urgencias médicas, el 061.

La red de Catsalut

El CatSalut introduce algunos criterios de actuación empresarial en la gestión de la sanidad pública, orientados siempre a garantizar la calidad de los servicios sanitarios. CatSalut, para gestionar y administrar los servicios y las prestaciones del sistema sanitario público, puede utilizar diversas formas de gestión: directa, indirecta o compartida. Esta diversidad permite avanzar en la incorporación de mecanismos de gestión empresarial adecuados al carácter prestacional de la Administración sanitaria. Las diversas formas de gestión también permiten la puesta en marcha de nuevas estructuras organizativas destinadas a garantizar la calidad de los servicios y al mismo tiempo introducen una mayor eficacia y eficiencia en el sistema sanitario.

Las empresas públicas y los consorcios se han creado al amparo del artículo 7, apartado 2, de la LOSC, que permite al CatSalut crear entidades, o participar en ellas, para la gestión y la ejecución de los servicios y las prestaciones del sistema sanitario público. El conjunto de los consorcios y empresas públicas adscritas o participadas por el CatSalut, Servei Català de la Salut, constituye uno de los ámbitos de la estructura corporativa y demuestra que es posible introducir en la gestión de la sanidad pública criterios de actuación empresarial.

Los proveedores: la red de empresas públicas y consorcios

El CatSalut trabaja con diversos proveedores de servicios sanitarios, de los cuales el Institut Català de la Salut (ICS) es el proveedor mayoritario. CatSalut planifica y actúa como garante de la asistencia sanitaria mediante los contratos de compra de servicios con sus proveedores. Los mejores profesionales y los mejores servicios sanitarios al servicio de nuestros asegurados, los ciudadanos de Catalunya. Los proveedores, aquellos que prestan la atención que necesitan los asegurados del CatSalut, se clasifican según el tipo de atención al que dan servicio:

- ✓ Pueden ser entidades proveedoras de atención primaria o de atención especializada y otros servicios. Dentro de cada apartado se clasifican por región sanitaria.

Entidades proveedoras de atención primaria

La atención primaria de la salud es el primer nivel de acceso de los ciudadanos y ciudadanas a la asistencia sanitaria. Cuando hablamos de este tipo de atención nos referimos principalmente a los CAP, centros de atención primaria, o a los consultorios municipales en las localidades más pequeñas. En la actualidad cuenta con más de 300 centros de atención primaria (CAP), y 650 consultorios locales

El principal proveedor de atención primaria es el Institut Català de la Salut (ICS), que gestiona más del 77,7% de los Equipos de Atención Primaria (EAP), y el resto está gestionado por las entidades que podéis consultar alfabéticamente a continuación:

Tabla 7.1:Entidades proveedoras del SCS

Albera Salut, SL	Hospital del Solsonès. Fundació Pública Comarcal
Althaia Xarxa Assistencial de Manresa, Fundació Privada	Institut Catalán de la Salut (ICS)
Atenció Primària Alt Camp, SLL	Instituto Municipal de Prestaciones de Asistencia Médica al Personal Municipal (PAMEM)
Badalona Gestió Assistencial, SL (BGA,SL)	Mútua de Terrassa, Mutualitat de Previsión Social a Prima Fixa
Consorci Assistencial del Baix Empordà (CABE)	Projectes Sanitaris i Socials, SAU
Consorci d'Atenció Primària de Salut Eixample (CAPSE)	Serveis d'Atenció Primària Parc Taulí, SA.
Consorci de Gestió, Corporació Sanitària EAP Dreta de l'Eixample, SL	Servici Aranés dera Salut
EAP Osona Sud-Alt Congost, SL	
EAP Poble Sec, SL	Además de estos proveedores gestionan EAP las siguientes empresas públicas:
EAP Sardenya, SL	
EAP Sarrià, SL	
EAP Vallplasa Atenció Primària, SL	Institut d'Assistència Sanitària (IAS)
EAP Vic, SL	Gestió de Serveis Sanitaris (GSS)
Fundació Centres Assistencials i d'Urgències (CAU)	Parc Sanitari Pere Virgili (PSPV)
Fundació Hospital de Campdevàrol	Gestió i Prestació de Serveis de Salut (GPSS)
Fundació Hospital Sant Jaume d'Olot	
Fundació Privada FASS (Fundació Assistencial Sanitària i Social)	Y los consorcios siguientes:
Fundació Privada Hospital de Puigcerdà	
Grup d'Assistència Sanitària Social (Grup SAGESSA)	Consorci Sanitari de Terrassa
Hospital de Figueres	Consorci Sanitari del Maresme
	Consorci Sanitari Integral
	Corporació de Salut del Maresme i La Selva.

Entidades proveedoras de atención especializada y otros servicios

La atención especializada de la salud es el segundo nivel de acceso de los ciudadanos y ciudadanas a la asistencia sanitaria.

La atención especializada de la sanidad pública comprende:

- ✓ *La atención hospitalaria*
- ✓ *Atención sociosanitaria*
- ✓ *Atención psiquiátrica y salud mental*
- ✓ *Atención a drogodependencias*
- ✓ *Otros recursos de atención especializada*
- ✓ *Atención farmacéutica*

La asistencia sanitaria especializada en Catalunya se presta a través de los recursos de internamiento, consultas ambulatorias especializadas, hospitales de día, urgencias y hospitalización a domicilio, y cuenta con el soporte de otros recursos, como las unidades funcionales interdisciplinarias sociosanitarias (UFISS) y los programas de atención domiciliaria-equipos de soporte (PADES).

Avanzamos en la reordenación de la atención especializada, con la incorporación de diversas especialidades en los hospitales de referencia. La mayoría de estos recursos se organizan funcionalmente en redes como la de hospitales agudos (XHUP), la red sociosanitaria, la red de salud mental y la red de atención a las drogodependencias (XAD), que forman parte de la red sanitaria de utilización pública. Las diferentes redes que prestan los servicios específicos a través de los cuales se lleva a cabo la asistencia sanitaria, se combinan y se complementan.

Combinación de los recursos

La atención especializada se presta a menudo en combinación con los recursos de internamiento. Por ejemplo, una persona mayor, después de haber sido operada en un hospital, puede pasar un período de convalecencia en una unidad de larga estancia en un centro sociosanitario. Posteriormente al alta del centro sociosanitario, podría ser atendida en un hospital de día sociosanitario para prolongar el tratamiento suministrado.

La atención especializada de la salud es el segundo nivel de acceso de los ciudadanos y ciudadanas a la asistencia sanitaria. Aquí se incorporan la atención hospitalaria, sociosanitaria, atención psiquiátrica y salud mental, drogodependencias o la atención farmacéutica. El Servei Català de la Salut cuenta con 64 hospitales (SCS 1996). Sólo la comarca del Barcelonès cuenta con 74 centros de atención primaria y 22 hospitales. La población a cubrir en el Barcelonés es de 1.505. 581 habitantes según censo de población del año 1998 (IEC, 1999).

Según su titularidad, se distinguen en:

- a) Empresas públicas: esencialmente, posibilitan una gestión autónoma y más flexible de servicios sanitarios. Su titularidad pertenece a la Generalidad de Catalunya.

- b) Consorcios: la creación de los consorcios sanitarios permite, fundamentalmente, dar respuesta a unas necesidades concretas de ordenación y optimización de recursos

mediante la compra de servicios para la Generalidad de Catalunya y la aportación de los recursos humanos y la experiencia de gestión de las entidades consorciadas.

El siguiente gráfico muestra los 64 hospitales de la XHUP. Fuente: Claustre.Oliveres (2003) cap.9, Cursos Doctorat de La Universitat Politècnica de Catalunya (UPC). De este gráfico, ideado para el estudio de las estrategias de movilidad y emergencias de paciente/usuarios dentro del territorio, cabe destacar:

- * Nivel: A, B o C; el nivel A se corresponde a Hospitales de Alta Tecnología, el B es el Hospital de Referencia y C es el Hospital General (nivel básico).
- * El número de camas que aporta cada uno y que se puede comparar con la población a atender, lo que no nos permite la información recogida hasta la fecha es poder adjudicar esta población a los EAPS correspondientes para poder cotejar con las orientaciones de la OMS.
- Índice de ocupación que se puede ver es suficientemente elevado (entre 66 a 95%).

Tabla 7.3. Hospitales de la XHUP

No.	Nombre Centro	Niv.	Cod. Muni.	R.S.	Camas	Ind. Ocup.
1	Pius Hospital de Valls	A	43161	62	120	75
2	Hospital Comarcal Mora d'Ebre	A	43093	62	106	85
3	Hospital Tortosa Verge de la Cinta	B	43155	63	202	95
4	H. Univ. de Tarragona Joan XXIII	B	43148	62	355	77
5	Hospital de Sant Pau i Santa Tecla	A	43148	62	170	69
6	J. Universitari Sant Joan de Reus	B	43123	62	314	85
7	Espitau Val d'Aran	A	25243	61	31	62
8	Hospital Comarcal del Pallars	A	25234	61	60	75
9	Fundació Sant Hospital	A	25203	61	60	65
10	Quinta de Salut L'Aliança	A	25120	61	132	58
11	Hospital de Santa Maria	A	25120	61	125	86
12	H. Univ. Amau de Vilanova de Lleida	B	25120	61	434	90
13	Hospital Comarcal de la Selva	A	17023	64	120	80
14	Hospital de Puigcerdà	A	17141	67	31	75
15	Hospital de Palamós	A	17118	64	96	88
16	Hospital de Sant Jaume	A	17114	64	82	76
17	Hospital Provincial Santa Caterina	A	17079	64	149	70
18	Clínica Girona, S.A.	A	17079	64	131	66
19	H. Univ. De Girona Dr. Josep Trueta	B	17079	64	423	78
20	Hospital de Figueres	A	17066	64	101	90
21	Hospital de Campdevànol	A	17036	64	64	82
22	Hospital de Mataró	A	08121	66	330	85
23	Institut Català d'Oncologia	B	18101	65	126	85
24	Hospital Comarcal de l'Alt Penedès	A	08305	65	110	80
25	Fundació Sanitària d'Igualada F.P.	B	08102	65	273	70
26	H. Materno-Infantil Vall d'Hebrón	C	08019	68	466	85
27	Hospital General de Manresa	B	08113	67	224	95
28	Hospital de Viladecans	A	08301	65	116	75
29	Hospital General de Vic	B	08298	67	225	95
30	Corporació Sanitària Parc Taulí	B	08187	67	587	95
31	Hospital de Terrassa	B	08279	67	316	90
32	H. Universitari Germans Trias i Pujol	B	08015	66	485	85
33	Fundació H. Comarcal Sant Antoni Abad	A	08307	65	34	80
34	Hospital Mútua de Terrassa	B	08279	67	548	75
35	Hospital de l'Esperit Sant	A	08245	66	203	85
36	Hospital Residència Sant Camil	B	08231	65	179	75
37	Hospital de St. Celoni, Fund. Privada	A	08202	67	60	80
38	Hospital de Sant Boi	A	08200	65	127	75
39	Fundació privada Hospital de Mollet	A	08124	67	167	75
40	Hospital de Sant Joan de Déu (Martorel)	A	08114	65	110	75
41	C. Hospitalari-Unit. Coronària Manresa	B	08113	67	290	85
42	Hospital Prínceps d'Espanya	C	08101	65	960	90
43	Consorci Hospital de la Creu Roja	B	08101	65	259	75
44	Policlínica del Vallès, S.A.	A	08096	67	115	85
45	Hospital General de Granollers	B	08096	67	348	95
46	Hospital de Sant Joan de Déu (Llobregat)	C	08077	65	369	90
47	Hospital de Sant Jaume	A	08035	66	166	85
48	Hospital de Sant Bernabé	A	08022	67	141	75
49	H. de Trauma-Rehabilit. Vall d'Hebrón	C	08019	68	355	90
50	Hospital General Vall d'Hebrón	C	08019	68	762	90
51	Institut Guttmann	B	08019	68	95	80
52	Hospital Casa de Maternitat	A	08019	68	138	90
53	Hospital Sant Rafael	A	08019	68	200	62
54	Fundació Puigvert, I..U.N.A.	C	08019	68	175	60
55	Hospital de l'Esperança	B	08019	68	174	65
56	Hospital Creu Roja de Barcelona	B	08019	68	246	65
57	Hospital Clínic i Provincial Barna.	C	08019	68	922	85
58	Clínica Quirúrgica Adrià	A	08019	68	74	65
59	Clínica Plató, Fundació Privada	A	08019	68	198	95
60	Hospital del Mar	B	08019	68	458	85
61	Fund. Gest. San. Hosp. Sta. Creu I St. Pau	C	08019	68	777	68
62	Hospital Sagrat Cor – L'Aliança	B	08019	68	379	80
63	Hospital Central – L'Aliança	B	08019	68	409	75
64	Hospital Municipal de Badalona, S.A.	A	08015	66	150	75

Fuente: Distribución de Hospitales de la Red Catalana del SCS. Fuente: Claustre. Oliveres (2003) cap. 9, Cursos Doctorat de La Universitat Politècnica de Catalunya (UPC)

Organización: las regiones sanitarias

El CatSalut, fiel a su misión, orienta su tarea sanitaria desde la aproximación a la ciudadanía. Esto implica el despliegue de la estructura territorial en ocho regiones sanitarias. Este despliegue territorial permite un mejor conocimiento de las necesidades de salud de la población y una relación más cercana con los proveedores de servicios de cada una de las ocho regiones sanitarias y de sus respectivos sectores sanitarios.

Acercándonos al territorio: las regiones sanitarias, los sectores sanitarios y las áreas básicas de salud (ABS).

Tabla 7.4. Sectores sanitarios por regiones sanitarias

<i>Región Sanitaria</i>	<i>Sectores sanitarios</i>
<i>Lleida</i>	<i>Vall d'Aran, Pallars Sobirà, Alta Ribagorça, Pallars Jussà, Noguera, Segarra, Segrià, Pla d'Urgell, Urgell y Garrigues.</i>
<i>Tarragona</i>	<i>Alt Camp, Baix Camp, Baix Penedès, Conca de Barberà, Priorat, Ribera d'Ebre y Tarragonès</i>
<i>Tortosa</i>	<i>Baix Ebre, Montsià y Terra Alta</i>
<i>Girona</i>	<i>Alt Empordà, Baix Empordà, Garrotxa, Gironès, Pla de l'Estany, Ripollès y Selva.</i>
<i>Costa de Ponent</i>	<i>Anoia, Baix Llobregat, L'Hospitalet de Llobregat, Garraf y Alt Penedès</i>
<i>Barcelonès Nord i Maresme</i>	<i>Barcelonès Norte y Maresme</i>
<i>Centre</i>	<i>Bages, Berguedà, Cerdanya, Osona, Solsonès, Vallès Occidental y Vallès Oriental.</i>
<i>Barcelona Ciutat</i>	<i>Ciutat Vella, Eixample, Gracia, Horta-Guinardó, Les Corts, Nou Barris, Sant Andreu, Sant Martí, Sants-Montjuïc, Sarrià-St Gervasi.</i>

Fuente: Catsalut (2004):

Tabla 7.5. Distribución de centros de atención básica en la ciudad de Barcelona.

<i>Distritos</i>	<i>Centros de Atención Primaria (CAP)</i>	<i>CAP con especialidades Médicas</i>	<i>Servicios de Urgencia</i>	<i>Servicios permanentes (noche/festivos)</i>	<i>Hospitales</i>
<i>Ciutat Vella</i>	3	1	-	-	1
<i>Eixample</i>	6	1	1	1	4
<i>Sant-Montjuïc</i>	5	1	2	1	-
<i>Les Corts</i>	2	-	-	-	1
<i>Sarrià-S.Gervasi</i>	4	-	-	-	2
<i>Gracia</i>	3	2	-	-	1
<i>Horta-Guinardo</i>	4	1	1	1	6
<i>Nou Barris</i>	5	1	1	1	-
<i>Sant Andreu</i>	6	1	1	2	1
<i>Sant Martí</i>	6	2	2	1	-
TOTAL	44	10	8	7	16

Fuente: Claustre.Oliveres (2003) cap.9, Cursos Doctorat de La Universitat Politècnica de Catalunya (UPC)

En el Capítulo de Población, Recursos económicos y humanos, encontramos:

Población que ha de atender el sistema

Tabla 7.6. Distribución de población por Provincias

Provincia	Extensión (Km ²)	%	Población	%	Población en capital de la provincia	%
Barcelona	7.733	24.22	4.666.271	75.90	1.505.581	32.27
Girona	5.886	18.43	543.191	8.84	71.958	13.23
Lleida	12.028	37.67	357.903	5.82	112.207	31.35
Tarragona	6.283	19.68	580.245	9.44	112.795	19.44
Total	31.930	100	6.147.610	100		

Fuente: IEC, (1999)

Tabla 7.7 Distribución de población en la ciudad de Barcelona.

Distritos	Población	%
Ciutat Vella	83.650	5.56
Eixample	248.245	16.49
Sant-Montjuït	167.032	11.09
Les Corts	81.690	5.43
Sarrià-S-Gervasi	129.296	8.59
Gracia	115.505	7.67
Horta-Guinardo	169.469	11.26
Nou Barris	170.484	11.32
Sant Andreu	135.289	8.89
Sant Marti	204.921	13.60
Total	1.505.581	100

Fuente IEC (1999)

7.2. Recursos económicos: el presupuesto consolidado CatSalut

El presupuesto inicial consolidado del CatSalut/ICS para el año 2003 es de 5.489,97 millones de euros. Este presupuesto supone un aumento del 7,88% respecto al año anterior. Este incremento, supone un aumento de 2 puntos por encima del crecimiento del PIB nominal estatal para el 2003 (5,8%). El presupuesto sanitario se incrementa un 7,88%. El escenario presupuestario que recoge el presupuesto del 2003 se ajusta al marco del Acuerdo de Financiación que es vigente a partir del 2003 y que fue aprobado por el Consejo de Política Fiscal y Financiera con fecha 27 de julio del 2001. Del presupuesto del 2003, cabe destacar el aumento del esfuerzo inversor de la sanidad catalana. Desde el 2002 la sanidad ya no se financia mediante una subvención condicionada procedente de su participación en el presupuesto, está basado en el rendimiento que la Generalitat

extrae de la recaudación de determinados tributos (renta, IVA, impuestos especiales, tributos cedidos y propios) aunque protegido con la garantía de un nivel de recursos mínimo. Del presupuesto consolidado de gastos, un 97,80% se destina a operaciones corrientes; un 2,17% a operaciones de capital, y un 0,02%, a operaciones financieras. Esta estructura presupuestaria obedece a las características básicas del sector de la sanidad entendido como un sector de servicios, con un fuerte predominio de las operaciones corrientes.

Los gastos de personal suponen un 23% sobre el total de los recursos y un incremento del 7,26% respecto al año 2002. Este incremento permite hacer frente a los recientes acuerdos sobre el nuevo modelo retributivo del ICS (carrera profesional de Médicos y enfermeras a pagar desde el 2001 al 2005 en 4 niveles retribuidos en función de su currículum vitae y su antigüedad en la empresa).

Los gastos en conciertos sanitarios mantienen su peso relativo en el presupuesto, alrededor del 39% como en los ejercicios anteriores. El crecimiento de los conciertos previsto para el 2003 con respecto al presupuesto del 2002 es del 8,39% lo que también hará posible la aplicación de los nuevos convenios laborales firmados recientemente (fundamentalmente en el ámbito de la red hospitalaria de utilización pública XHUP). El presupuesto destinado a farmacia representa un 24% de todo el presupuesto sanitario para el año 2003 y un incremento del 7%, con respecto al año 2002. Este incremento se enmarca dentro de la política de racionalización del gasto farmacéutico llevada a cabo por el CatSalut. El presupuesto de inversiones para el 2003 supone un incremento del 17,23% respecto al año 2002. Del Presupuesto del 2004 nada se dice.

7.3. Recursos humanos

Los recursos humanos según los folletos de información sanitaria, son la base para el buen funcionamiento del sistema:

- ✓ En el año 85 se reconocen 30.000 profesionales en centros gestionados directamente por el Instituto Catalán de la salud (ICS) la antigua Seguridad Social que en términos de la Administración Central se aglutinan con el nombre de INSALUD.
- ✓ En el mismo año se cuantifican 25.000 más en centros concertados.

- ✓ En la Encuesta de opinión del Colegio de Enfermería de Barcelona de julio de 2003 se habla de 31.000 encuestas enviadas, lo que hace suponer que es el número de Colegiados.

7.4. Formación

La formación continuada de estos profesionales es muy importante para el sistema, con ello se garantiza la calidad asistencial adecuada; esta formación, corre a cargo del Institut d'Estudis de la Salut (IES), organismo autónomo de la Generalitat dedicado a la formación de técnicos y profesionales al servicio de la Administración Sanitaria. Durante el curso 1984/1985 se impartieron 85 seminarios con un total de 2279 alumnos. En el año 2003, según la memoria del IES, podemos multiplicarlo por 10; en la memoria del año 2003 se exponen a modo de ejemplo los siguientes datos:

Tabla 7.6 RESUMEN DE LAS ACTIVIDADES DE FORMACIÓN Y JORNADAS DE DEBATE. AÑO 2003

	Programados	Demanda	Distancia	Horas	Alumnos
1. ÀREA DE DESARROLLO PROFESIONAL Y ORGANIZACIÓN	10	11	0	411	423
2. ÀREA DE FORMACIÓN MÈDICA POSTGRADUADA	0	259	0	729	1235
3. ÀREA DE MEJORA CONTÍNUA	5	2	0	206	129
4. ÀREA DE ATENCIÓN PRIMÀRIA DE SALUD	11	53	2	1719	3147
5. ÀREA DE ATENCIÓN SANITÀRIA A LA POBLACIÓN IMMIGRADA	58	0	0	590	1134
6. ÀREA DE ATENCIÓN SOCIOSANITÀRIA	6	1	1	313	304
7. ÀREA DE SALUD MENTAL	7	0	0	348	187
8. ÀREA DE DROGODEPENDÈNCIES Y SIDA	129	2	0	828	1566
9. ÀREA DE SALUD PÚBLICA	20	9	0	981	657
10. ÀREA DE COMUNICACIÓN	2	14	0	268	292
11. ÀREA DE INVESTIGACIÓN	1	7	0	149	142
12. ÀREA DE BIOÈTICA	3	3	0	110	117
13. ÀREA DE URGÈNCIES Y EMERGÈNCIAS	5	126	0	1076	2564
TOTAL	257	487	3	7728	11897

Otros cursos formativos impartidos por el IES:

Desarrollo profesional y formación de formadores

Aprendizaje y grupo

Desarrollo de la Organización

Proyecto de Trabajo

Atención primaria de salud

Atención a las heridas crónicas

Salud mental

Comunicación y relación asistencial

Comunicación profesional

Ejemplo de curso específico para enfermería

EVALUACIÓN DE LAS COMPETENCIAS CLÍNICAS DE EMERGENCIAS PARA ENFERMERÍA DESCRIPCIÓN

La Sociedad Catalana de Medicina de Urgencias (SCMU) y la Asociación Catalana de Medicina de Emergencias (ACMES), con el soporte de la Unidad de Evaluación de las Competencias Clínicas del Institut d'Estudis de la Salut, han previsto la realización de una prueba de evaluación de la competencia clínica de los profesionales de enfermería que trabajan o quieren trabajar en el ámbito de urgencias y emergencias en Catalunya

OBJETIVOS

Dotar a un grupo de profesionales del ámbito de las emergencias que actualmente no tienen una formación reglada de una herramienta de evaluación y acreditación sus competencias clínicas y profesionales.

METODOLOGIA

Se utiliza la metodología ACOE (avaluació clínica objectiva i estructurada).

Tabla 7.7. Ejemplo de Curso compartido: Plan de Atención Integral a la cardiopatía isquémica 2003

Región SCS	Nº alumnos	Nº de cursos
Barcelona	467	23
Centre	544	24
Lleida	259	17
Tarragona	141	9
Girona	287	13
Costa Ponent	180	9
Maresme	300	18
Terres d' Ebre	20	1
Total	2209	112

Fuente: IES (2003)

Esta formación fue realizada por Médicos y enfermeras de atención primaria de salud prevista en el Plan de Atención Integral a la Cardiopatía Isquémica (PAICI) promovida por el Departamento de Sanidad y Seguridad Social, en junio de 2003. La formación duró 8 horas y versó sobre *Soporte vital básico instrumentalizado (SVBI) y con desfibrilación automática (DEA) y atención al síndrome coronario agudo.*

En cuanto análisis sobre la producción enfermera encontramos la siguiente reseña del INSTITUTO DE ESTUDIOS DE LA SALUD, cuyas autoras son: Pulpon Segura, AM/ Icart Isern, MT (1994) y cuyo título ya nos orienta en las áreas de interés de las enfermeras: Análisis de las áreas prioritarias de investigación en Enfermería en Catalunya (1994). Este artículo se ha publicado en la Revista Enfermería Clínica.

Resumen: El objetivo de este trabajo es dar a conocer las actividades desarrolladas por las cuatro comisiones que, entre Enero y Marzo de 1994 definieron las áreas prioritarias de investigación en Enfermería en Catalunya. Las comisiones integradas por un total de 31 profesionales de Enfermería de asistencia directa, basaron su análisis en las directrices del Pla de Salut (Plan de Salud) y las prioridades del Pla de Recerca (Plan de Investigación) en el apartado de Salud y Calidad de Vida. Después de identificar las áreas de problemas, éstas se priorizaron por orden de importancia, según la técnica de la clasificación (pooled rank). Según este estudio, algunos de los problemas de salud que requieren máximo esfuerzo de investigación son la racionalización de los recursos, la coordinación entre niveles asistenciales, la continuidad en la atención sanitaria, los problemas de salud relacionados con la pérdida de autonomía y calidad de vida, la elaboración de planes de cuidados, la educación sanitaria al paciente/usuario y a la familia, la identificación de algunos problemas de salud, la necesidad de intervención sobre los anteriores, así como la opinión y expectativas de la población respecto al sistema sanitario.

Algunas de las entrevistadas han llevado a cabo como mínimo un estudio de investigación tutelado en los cursos de formación de Postgrado y Máster recibido.

Biblioteca Enfermería:

BDIE: Base de datos bibliográficos sobre la producción científica de enfermería en España desde 1990. Incluye proyectos de investigación, tesis, tesinas y artículos de revista.

CUIDATGE: Base de datos de enfermería y otras disciplinas relacionadas. Contiene referencias bibliográficas de artículos de revista, folletos, etc. Que se reciben en la Biblioteca de la Escola Universitària d'Infermeria de la Universitat Rovira i Virgili.

CUIDEN: Base de datos de la Escuela Universitaria de Enfermería de Granada. Incluye la producción científica de la enfermería española e iberoamericana.

ENFISPO: Permite la consulta del catálogo de artículos de una selección de revistas en español que se reciben en la Biblioteca de la Escuela de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la U. Complutense de Madrid.

Atenciones sanitarias en Atención Primaria: las enfermeras

El centro de atención primaria (CAP) es el primer lugar al que se debe ir cuando se tiene un problema de salud o cuando se quiere prevenir algo. En los pueblos más pequeños, la visita se hace en los consultorios locales. Integramos de forma equilibrada la atención preventiva, la atención curativa, la atención rehabilitadora y la promoción de la salud de la comunidad.

El CAP dispone de un EAP, un equipo de profesionales de la salud altamente cualificado que te orientará tanto en tus necesidades de asistencia sanitaria como de asistencia local.

En el CAP se puede establecer una relación de confianza con el propio equipo de profesionales de la salud. Los profesionales sanitarios del CAP (personal médico y de **enfermería**) siempre están muy cerca del usuario y familia. Con ellos se puede establecer una relación personalizada y de confianza; son los que aconsejan en todas las cuestiones de la salud.

Recursos del CAP:

Un equipo de profesionales sanitarios que están siempre cerca de ti y de tu familia. Trato personalizado y de confianza.

Información y consejos de tipo sanitario y asistencial.

Servicio de atención a domicilio para cuando, debido a tu estado de salud, no puedas ir al CAP.

Atención continuada fuera de horario habitual, o bien información sobre cuál es el centro con atención continuada más cercano a tu domicilio.

Actividades de prevención (vacunación, detección precoz de enfermedades...) y fomento de hábitos saludables y consejos sanitarios.

La Unidad de Atención al Usuario (UAU).

Atenciones sanitarias en Atención Especializada: las enfermeras

La atención especializada de la salud es el segundo nivel de acceso de los ciudadanos y ciudadanas a la asistencia sanitaria. La atención especializada de la sanidad pública se compone de equipos multidisciplinares, es decir, formados por Médicos, **enfermeras**, dietetistas, Psiquiatras, Asistentes sociales, etc. Que configuran los Equipos de atención hospitalaria.

La asistencia sanitaria especializada en Catalunya se presta a través de los recursos de internamiento, consultas ambulatorias especializadas, hospitales de día, urgencias y hospitalización a domicilio, y cuenta con el soporte de otros recursos, como las unidades funcionales interdisciplinares socio sanitarias (UFISS) y los programas de atención domiciliaria-equipos de soporte (PADES).

Se avanza en la reordenación de la atención especializada, con la incorporación de diversas especialidades en los hospitales de referencia. La mayoría de estos recursos se organizan funcionalmente en redes como la de hospitales agudos (XHUP), la red socio sanitaria, la red de salud mental y la red de atención a las drogodependencias (XAD), que forman parte de la red sanitaria de utilización pública. Las diferentes redes que prestan los servicios específicos a través de las cuales se lleva a cabo la asistencia sanitaria, se combinan y se complementan. Todas estas remodelaciones requieren de personal altamente cualificado y lo que destaca es el avance imparable de la formación de las enfermeras; de las enfermeras encuestadas en el trabajo de campo, excepto las que han acabado la

carrera en el último o dos últimos años, todas ellas tienen un amplio currículum formativo en su área de interés.

Ver cuadro adjunto

5 años de trabajo (22-27) años de edad

Número	%	Cursos realizados
84	46	78 en total $\mu = 0,93$

10 años de trabajo o más (28-57) años de edad

Número	%	Cursos realizados
88	54	181 en total $\mu = 2$

7.5. Encuesta de satisfacción (2003)

7.5.1. Estudio de satisfacción de los asegurados del CatSalut como a usuarios de los servicios sanitarios.

El CatSalut intenta mejorar sus servicios y prestaciones, escuchando y aprendiendo de la experiencia que los usuarios tienen con los servicios sanitarios que utilizan y de los cuales intentan recoger aquellos datos de mayor a menor satisfacción con el objetivo de mejorar la satisfacción en el ámbito sanitario público; intentando desarrollar las estrategias que, permitan asegurar la equidad y la sostenibilidad del modelo y a la vez, acercar, de manera continuada y con mayor efectividad las percepciones del propio sistema sanitario a las expectativas de las personas atendidas por el sistema.

Este estudio del cual forma parte la encuesta de satisfacción, abarca todas las líneas de servicios sanitarios y se ha puesto especial énfasis en el rigor metodológico, para poder disponer de instrumentos de medida que garanticen el

que pueda ser repetida en el tiempo para futuros estudios de satisfacción; como también para detectar las posibles diferencias (si es que las hay) en cada ámbito y en cada territorio.

Del estudio realizado (dirigido a la población mayor de 15 años) se pueden destacar los siguientes aspectos, por línea de servicio y producto:

Atención hospitalaria: comparación entre unidades proveedoras de hospitalización de agudos.

Atención primaria: comparación entre sectores sanitarios y, si hay más de un proveedor en el sector; estudio de diferencias entre proveedores.

Atención sociosanitaria: comparación entre regiones sanitarias para la línea de producto de hospitalización socio-sanitaria, convalecencia, cuidados paliativos y larga estancia.

Atención en salud mental: comparación entre regiones sanitarias en dos líneas de producto: atención en salud mental ambulatoria y hospitalización de media y larga estancia.

El volumen de encuestas ha sido: 27.000 encuestas telefónicas y unas 5.400 más con entrevistador personal, los primeros resultados el Departamento de Salud los hizo público apareciendo en prensa (Diarios de mayor difusión) el día 23 de julio de 2004.

Los resultados de esta encuesta muestran la buena valoración que los ciudadanos tienen de las tareas de las enfermeras, valoran sobretodo el trato personal y la relación con los usuarios, especialmente en el ámbito de la atención sociosanitaria, donde el 97% de los encuestados califican de excelente el trato que reciben. Como vemos, es un resultado que no difiere del obtenido en la Encuesta de Salud de Catalunya (1994), donde el grado de satisfacción de los usuarios respecto al trato de las enfermeras era de un 45,70% muy satisfactorio y un 50,92% satisfactorio; es decir, el 96,62 % mostraron su satisfacción por el trato recibido. ¿Cuál es la aportación de esta nueva encuesta que nos permite hablar en términos no sólo de

trato recibido sino de algunas tareas concretas que definen el quehacer enfermero? Sin lugar a dudas es lo novedoso de la propia valoración; en esta encuesta se mencionan algunas tareas enfermeras que apuntan al cambio y percepción que del trabajo de éstas tiene la población.

Valoración de tareas específicas de las enfermeras

Atención Primaria	
La enfermera tiene buena disposición para escuchar y hacerse cargo de lo que le preocupa.	91.1%
Valora positivamente el trato personal que la enfermera tiene con el	91,9%
Considera estar en buenas manos	91.3%

Atención hospitalaria	
Valora positivamente el trato personal recibido por las enfermeras en el momento de darle el alta	96.2%
Considera buenas las explicaciones de las cosas que ha de vigilar cuando está en casa	95.0%
Considera estar en buenas manos	97,4%

Atención socio sanitaria	
Trato personal, especialmente de enfermería, ausencia de información contradictoria y no hablar delante del paciente/usuario ignorando su presencia.	97.2%
Ayuda a la hora de dar de comer, bañarse, vestirse, o ir al lavabo.	92.2%
Considera estar en buenas manos	95,3%

Atención psiquiátrica y salud mental	
Valora el trato personal que tienen las enfermeras en el internamiento de media y larga estancia.	90.9%
No se pregunta y por tanto no se puede valorar ningún aspecto relacionado con la atención de enfermería en la atención ambulatoria.	-----

Valoración general de los servicios del sistema sanitario	
Bien valorado	Ha de mejorar
Trato personal, especialmente de la enfermera	La accesibilidad al sistema en general y especialmente el no poder escoger el día que se quiere para la visita o la puntualidad en la atención primaria y las listas de espera en la atención hospitalaria.
Comprensión de la explicación del médico en la atención primaria	Información más amplia sobre la enfermedad y el tratamiento en la atención Hospitalaria y Socio sanitaria.
Buena valoración de los aspectos técnicos profesionales y sensación de estar en buenas manos	Aspectos organizativos, sobretodo los que conciernen al primer contacto con el usuario
Razonablemente cubiertos aspectos de soporte emocional y personal del médico y sobretodo de la enfermera	La comida durante el ingreso.
Volvería al mismo centro para visitarse u operarse	La información en general y especialmente la relativa a los efectos secundarios de la medicación en la atención de salud mental.

Fuente: Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona (2004)

7.6. Conclusiones

De lo que se desprende de todos los documentos consultados, tanto cuantitativamente como cualitativamente, los recursos del sistema sanitario catalán adolecen de varios problemas, uno de ellos es de tipo estructural, en la tabla 3: Profesionales y lugares de trabajo del sector sanitario por 1000 habitantes en diversos países de nuestro entorno (Datos del año 1999), España cuenta con 16 la cifra más baja junto con Italia. En cuanto a Catalunya, en la misma tabla, según los datos del Catesalut correspondientes al sector público en el año 1995 era de 11 lugares de trabajo por 1000 habitantes. Otros problemas están relacionados con los recursos del colectivo profesional sanitario; según el Llibre Blanc de las profesiones sanitarias, en su página 27, nos explica que al igual que en la gran mayoría de los países de nuestro entorno, es difícil disponer de datos fiables al 100%. Los datos existentes, se limitan a los que proporcionan los Colegios Profesionales, y se desconoce la correspondencia respecto a los lugares de trabajo disponibles en el conjunto de los centros y servicios del sistema sanitario. Por otro lado, también cometa que no es posible valorar comparativamente el significado de las densidades demográficas de los diferentes grupos profesionales, por un hecho real, se desconoce. Esta situación, dicen, se resolvería con la actualización permanente de los datos por parte de los colectivos profesionales, en este sentido, cabe reconocer públicamente que el Colegio de Enfermería (al igual que han hecho otros colectivos profesionales sanitarios) ya ha iniciado este proceso de investigación y análisis sociológico de la población enfermera. De los datos de la encuesta, aparte de la feminización de las profesiones sanitarias, ya expuesto en anteriores estudios por el Profesor Rodríguez, Catedrático y José Luis C. Bosch Dr. del Departamento de Sociología de la Universidad de Barcelona, Departamento, cuyo equipo es el que está realizando en estos momentos el estudio del Colegio de Enfermería de Barcelona. Los datos ya se han publicado, en 2003 (Enquesta d'opinió Posa'ns un repte"y en 2004 "Les Infermeres avui. Com som i com voldríem ser".

Siguiendo con los datos del Llibre Blanc, la media de edad está mayoritariamente por debajo de los 50 años, Más o menos como los resultados del estudio del Colegio de Médicos de Barcelona realizada por los mismos Doctores y equipo en el año 2004 cuyo título es “Los médicos de Barcelona en el inicio del nuevo milenio”.

La ratio de profesionales (algo que preocupa seriamente a las enfermeras según el estudio del Colegio), en Catalunya dicen ser similar a la de Italia y Francia, de todas formas, también comentan que es necesario considerar otros aspectos como son las funciones y tareas que los diferentes colectivos desarrollan en los diferentes países para poder hacer una valoración más ajustada a la realidad. En términos cuantitativos, lo que no cabe duda es que tenemos una ratio superior por no decir excesiva 4,4/1000 habitantes para los países industrializados como se podría considerar el nuestro cuya ratio no ha de ser superior a 2/1000 habitantes. La ratio enfermera-paciente/usuario está en 5,4/1000, en España es de 5,6/1000, lo que nos coloca en una posición (España) intermedia respecto a Europa. (Souza, 2004).

Respecto al hecho migratorio, el Llibre Blanc nada dice de las enfermeras que han emigrado a otros países en busca de trabajo (de ahí, se puede entender la disminución, a parte de las jubilaciones correspondientes) del descenso de enfermeras en activo que han ido disminuyendo desde 1995. La normativa que facilita la libre circulación hará este hecho más evidente, nuestras enfermeras son reconocidas como buenas profesionales especialmente en Inglaterra e Italia por su formación y saber hacer (competencias).

Capítulo VIII. Modelos de Cuidar

8.1. Análisis del trabajo de campo

Para analizar los avances de la práctica enfermera y poder confirmar mis hipótesis de partida, se pasó, por el procedimiento novedoso de “bola de nieve”, un cuestionario cuyas preguntas estaban encaminadas a conocer, a parte de los datos personales, la formación y trayectoria profesional: dónde trabaja, Escuela de enfermería donde ha cursado los estudios y año de final de carrera; tipo de trabajo que desarrollaba en el momento de la respuesta al cuestionario, experiencia profesional (en función del ámbito asistencial); cursos, nombre del curso, entidad organizadora y horas del curso; experiencia docente si la hubiere, curso, entidad y número de horas impartidas; trabajos publicados si los hubiere en los últimos 5 años, título, publicación y fecha; comunicaciones y/o ponencias presentadas a congresos y jornadas en los últimos 5 años y por último, participación en alguna de las comisiones institucionales (Historias Clínicas, etc.). La contabilidad de los últimos 5 años, es el tiempo de vigencia de una publicación, de todas formas, si tenían publicaciones anteriores se les pedían los mismos requisitos.

Al mismo tiempo, se les pasaba otro cuestionario con dos preguntas esenciales para poder valorar la descripción de la última actividad realizada como enfermera. Las preguntas se concretaron en: Definir brevemente qué es cuidar y características que según su criterio definen el concepto *cuidar*; la segunda que describieran alguna actividad de cuidado y su finalidad. A continuación, se les pedía que describieran su última actuación como enfermera, si han identificado algún problema específico (no se especifica si es de su rol autónomo o de colaboración para no dirigir y que sean libres a la hora de expresar la realidad), actividades que han realizado para dar solución a corto, medio y largo plazo (si ello es posible), y si pueden orientar sobre la situación actual a partir de su intervención, resolución y/o evaluación (esta premisa no era imprescindible, teniendo en cuenta el trabajo continuado de las enfermeras).

1.- Perfil y formación de los encuestados

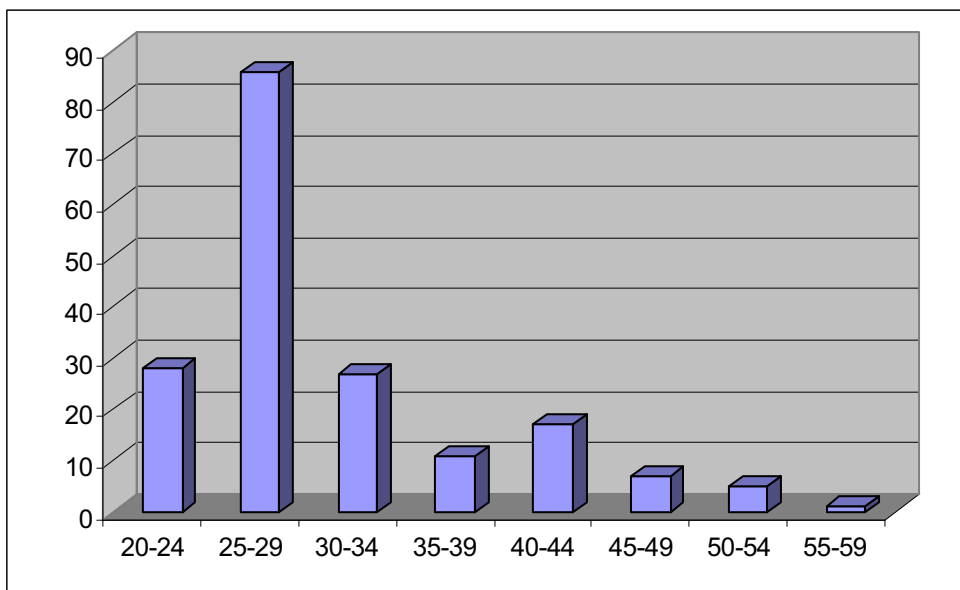
Tabla: Intervalo de edades de las encuestadas

Edad máxima: 57 años

Edad mínima: 22 años

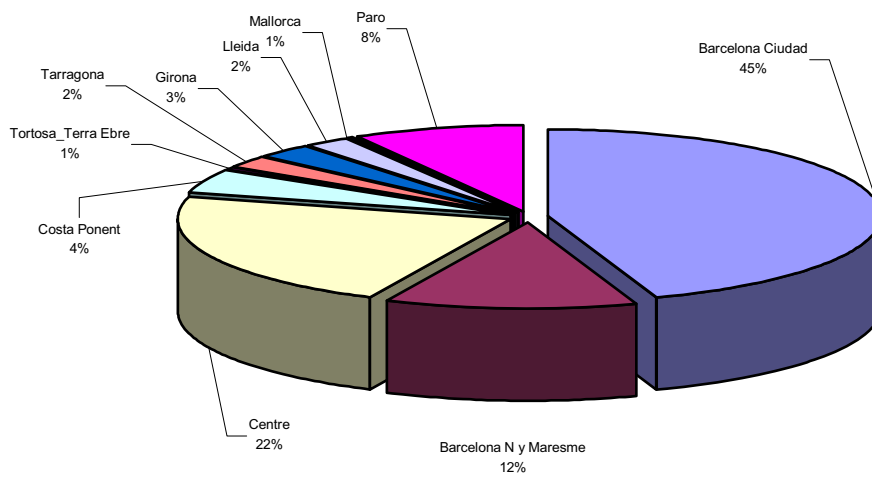
Edad Media: 30, 73 años (Desviación típica: 7,64 años)

Edad	Nº de estudiantes
20-24 años	28
25-29 años	86
30-34 años	27
35-39 años	11
40-44 años	17
45-49 años	7
50-54 años	5
55-59 años	1



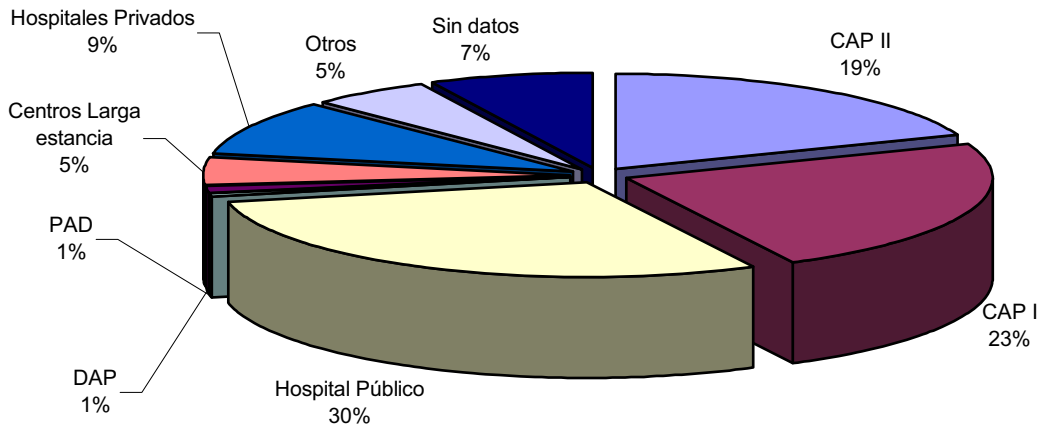
Muestra: 183 enfermeras

Región sanitaria de trabajo de los encuestados

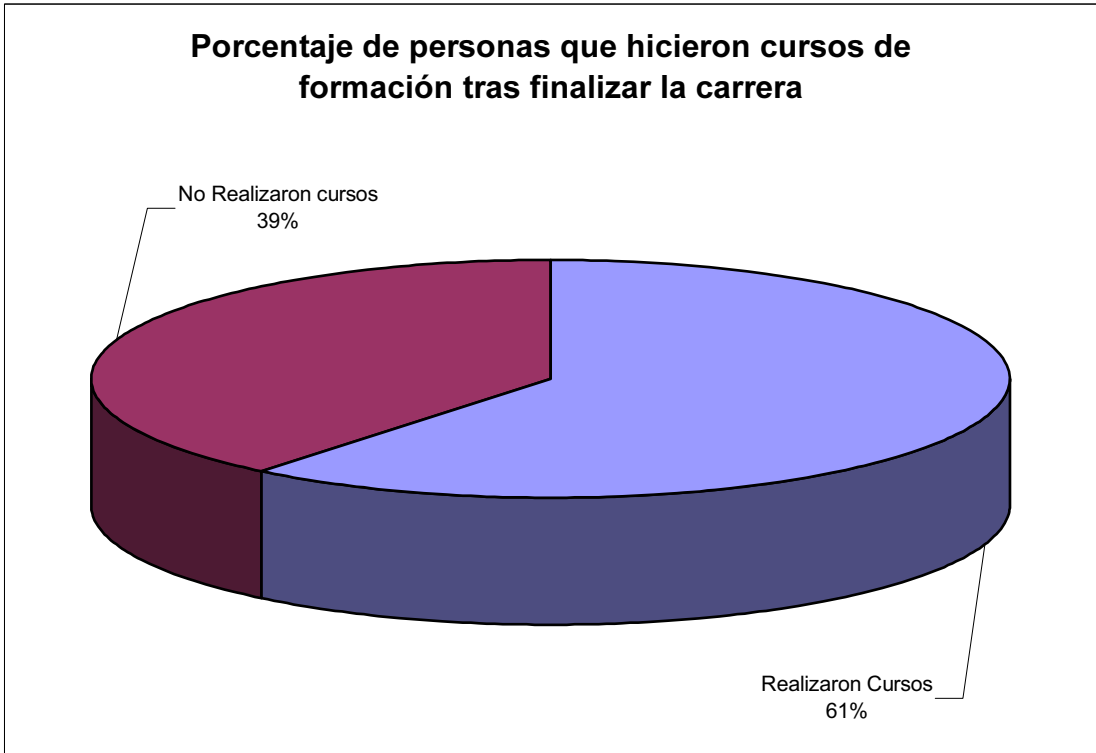
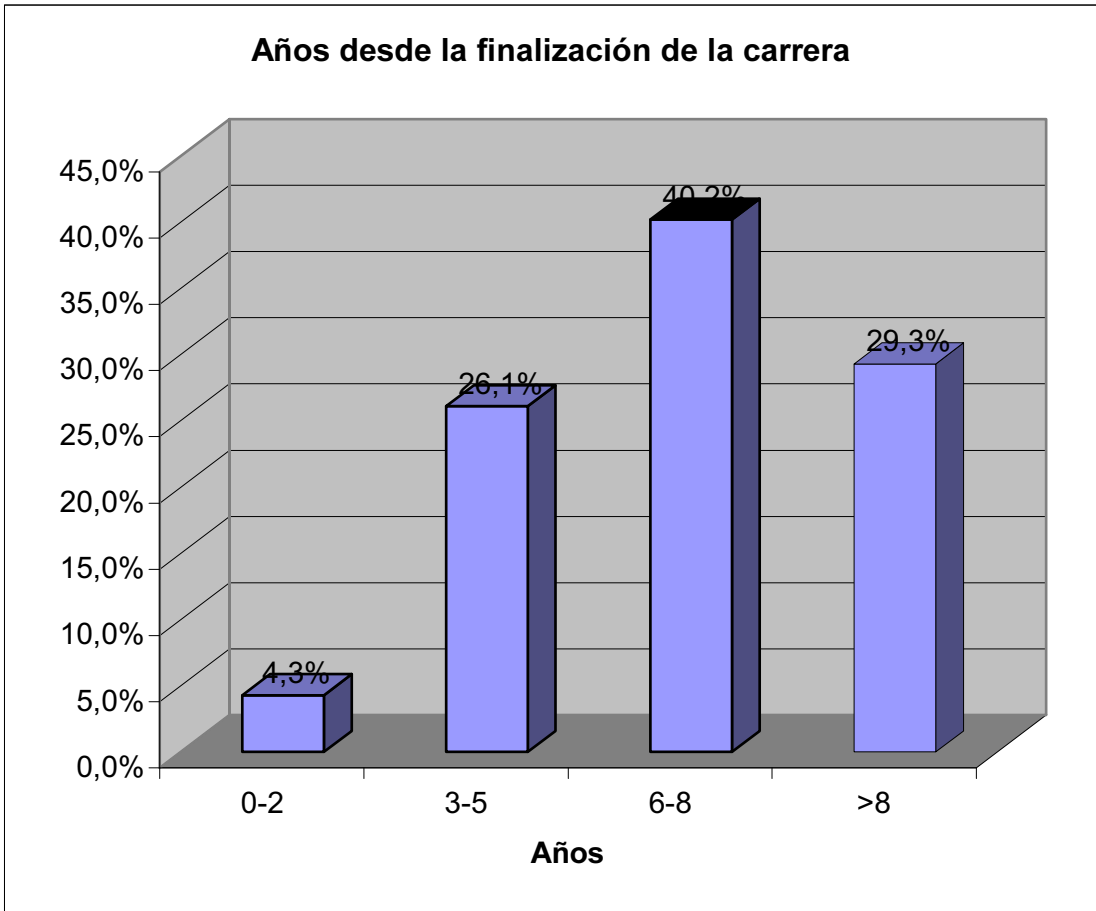


Muestra: 183 enfermeras

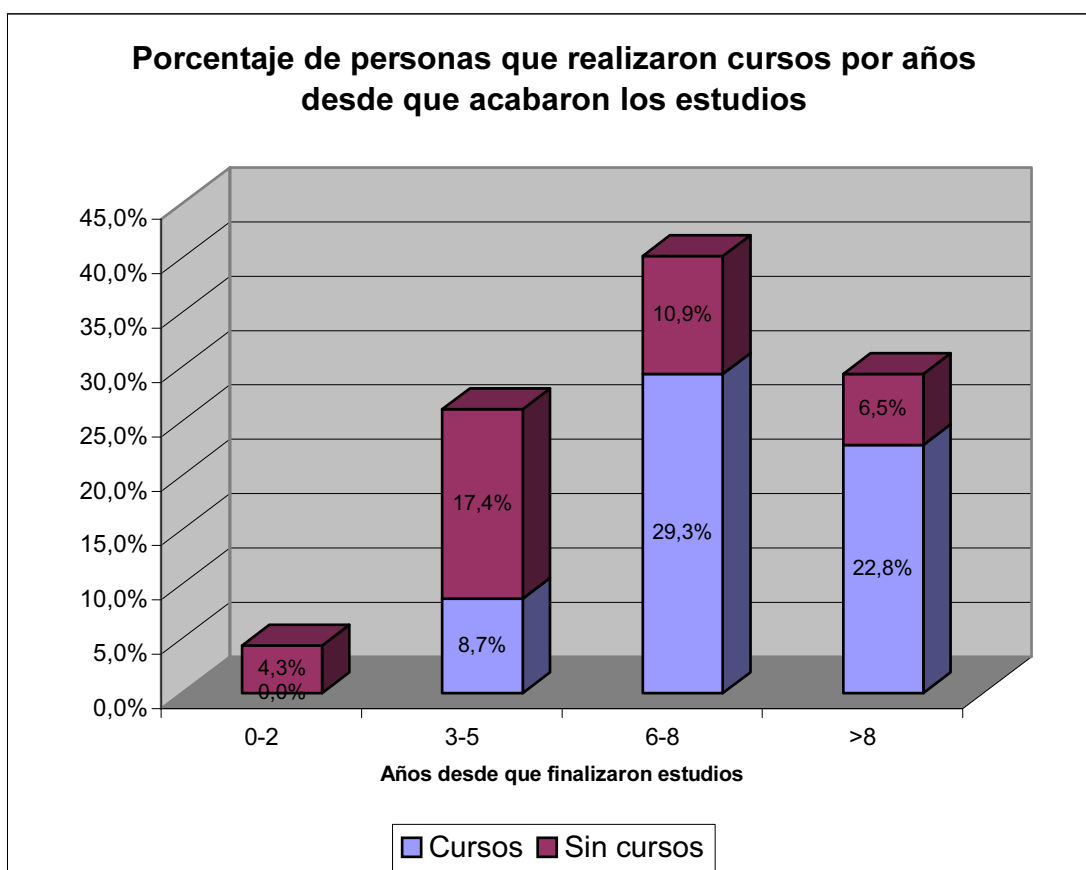
Tipo de Centro de Trabajo de los encuestados



Muestra: 183 enfermeras



Muestra: 157 enfermeras



Los datos más significativos nos ponen de manifiesto que la edad media de las encuestadas es de 30,7 años (con una desviación típica de 7,64 años); La edad máxima es de 59 años y la mínima de 20 (recién egresada de la Universidad). Nos encontramos ante una población joven y en plenitud de sus potencialidades físicas e intelectuales. En cuanto al ámbito de trabajo, la Región sanitaria de Barcelona Ciudad se lleva la palma con el 45% de las encuestadas, hay que decir, que Barcelona ciudad cuenta con una población de 1.505.581 habitantes, la Región Centre con el 22%, y el Barcelonés Norte y Maresme el 12%; se ha buscado (dentro de las posibilidades) rastrear otras Regiones, siendo éstas (con carácter minoritario dentro del conjunto) las de Costa Ponent (4%), Tortosa-Terra Ebre (1%), Tarragona (2%), la población de Tarragona es de 112.795 habitantes; Girona (3%) con una población de 71.958 habitantes y Lleida (2%) con 112.207 habitantes, de fuera de Catalunya hay una encuestada de Mallorca y el 8% están en el paro.

En cuanto al Centro de trabajo, el 30% trabaja en Hospitales públicos, el 23% en los Centros de Atención Primaria (CAP I), centros de atención de médicos de familia y pediatras; el 19% en los CAP II, (centros de Especialidades) el 9% en Hospitales privados, el 5% en Centros de Larga estancia, Un 1% en Programa de Atención a la Dona (PAD), un 1% en las DAP (Dirección Atención Primaria), un 5% en otros, sin especificar y un 7% no constan los datos. Hay que tener en cuenta que según Claustre Oliveres (2003), existen 64 hospitales de la Red Hospitalaria de Utilización Pública (XHUP) en catalán.

El Instituto Catalàn de la Salud (ICS) perteneciente al sector público, gestiona el 77,7% de los Centros proveedores de servicios del Servicio Catalán de la Salud (SCS).

En cuanto a la formación, el 61%, es decir, casi 2/3, han realizado formación tras finalizar la carrera; los porcentajes de personas que realizaron cursos por años desde que acabaron los estudios, destacan claramente en el gráfico que la franja de 6-8 años el 29,3%, han realizado cursos frente al 10,9%; y los que hace más de ocho años que han acabado la carrera, el 22,8% se han formado, frente a un 6,5% que no. La tendencia a formarse ya se inicia a partir del tercer año de egresar de la carrera lo cual es fácil de entender, es la época de enfrentarse al primer trabajo.

La formación recibida es variada, la mayoría responde al ámbito de interés clínico profesional:

Tabla formación de los 157 que han contestado al cuestionario

Diplomatura Universitaria en trabajo social = 1

Master: Medicina tropical = 1

Medicina del trabajo = 1

Postgrados:

- Abordaje al paciente/usuario crónico = 1
- Asistencia en el domicilio = 1
- Atención al paciente/usuario cardiológico = 3
- Atención ante el VIH/SIDA = 1
- Bioética = 1
- CADI (Curso autoformativo diplomados enfermería) = 10
- Curas intensivas = 1
- Emergencias y catástrofes 1

- Geriátría = 2
- Intervención preventiva en Atención Primaria = 3
- Medicina Clínica preventiva = 1
- Metodología de investigación = 1
- Metodología en Educación Sanitaria = 3
- Pediatría en Atención Primaria = 7
- Salud Comunitaria y Promoción de la Salud = 4
- Salud Materno-Infantil = 3
- Salud Mental = 1
- Toxicomanías = 1

Cursos:

- *Formación autoayuda profesional:*

- Bioética = 1
- Derecho a vivir y morir, ¿quién toma las decisiones? = 3
- Gestión de las emociones = 1
- Prevención de riesgos laborales = 3
- Relación de ayuda = 2

- *Formación mejora tareas del rol propio:*

- Educación sanitaria: diabetes = 1
- Educación sanitaria: paciente/usuarios crónicos = 2
- Entrevista Clínica = 1
- Informática = 5
- Metodología de cuidados y diagnósticos de enfermería = 9

- *Formación mejora en terapias de ayuda:*

- Fitoterapia y hemopatía = 1
- Masaje terapéutico = 2
- Sexología = 1

- *Formación mejora tareas asistenciales (información):*

- Atención e información al usuario = 3
- Atención familia en situación de crisis = 9
- Protocolo "nen sa" = 1

- *Formación mejora situaciones de emergencia:*

- Intervenciones de urgencias = 5
- Soporte vital emergencias = 6
- Unidad de cuidados intensivos (UCI) = 2

- *Formación mejora tareas asistenciales:*

- Dietoterapia y nutrición = 14
- Reciclaje teórico-práctico de formación continuada = 15

- *Formación mejora con relación a las patologías:*

- Cardiología y coronarias = 8
- Dermatología = 1
- Diabetes = 3
- Drogodependencias = 7
- Enfermedad obstructiva pulmonar (EPOC) = 2
- Lesionados medulares/ movilidad = 4
- Neonatología = 6
- Neurodegenerativas = 2
- Nutrición = 9

- Ontología = 2
- Parkinson = 2
- Psicogeriatría = 4
- Quemados = 3
- Salud mental = 10
- Transplantes = 2
- VIH/SIDA = 2

- *Formación en técnicas de ayuda y soporte clínico:*
 - Cura de lesiones cutáneas = 3
 - Curas paliativas = 14
 - Úlceras por presión = 6

- *Formación mejora tratamiento médico:*
 - Inhaladores = 1
 - Diálisis = 1
 - Electrocardiograma (ECG) = 4
 - Farmacoterapia = 4
 - Manejo desfibrilador = 2
 - Vacunas = 4
 - Hematología y Hemoterapia = 1
 - Suturas = 1

- *Formación en gestión servicios de enfermería:*
 - Calidad asistencial = 1
 - Comunicación y trabajo en equipo = 1
 - Gestión cuidados enfermería = 3
 - Sistema sanitario = 2

De los resultados de los 157 que han respondido a este apartado, los porcentajes sobre formación son los siguientes:

Uno ha hecho **formación** de Diplomatura (1) y 2 personas, dos Master (2); y 45 personas que a parte de los cursos, han hecho postgrados, éstos Postgrados van desde Metodología del cuidado, de Investigación, de Salud Pública, etc., la duración de los mismos es la que rige para la Universidad, entre 300 y 200 horas. A ésta formación, hay que sumarle los cursos reseñados, que he clasificado según su orientación: autoayuda profesional, tareas del rol propio, terapias de ayuda (terapias complementarias), atención al usuario y familia (información), afrontamiento de emergencias, tareas asistenciales, formación específica de cómo atender determinadas patologías, en técnicas de ayuda al tratamiento médico, y en gestión de servicios de enfermería. En total 199 cursos, repartidos entre el 61% que han realizado cursos (96 personas); y 61 personas (39%) que no han realizado ninguna formación.

Del resto de la información recogida, sólo 11 personas dicen tener **experiencia docente** (docencia en prácticas de los estudiantes de enfermería), y participación en la formación continuada de los Centros donde trabajan; 2 personas han publicado sendos trabajos: " E: 62: " Los profesionales de la salud ante el Alzheimer" y E 162: "Dolor de espalda en el personal asistencial".

9 personas han presentado **comunicaciones y/o ponencias**: E54: "Enfermería: Personas mayores y calidad de vida",

E58: " Infertilidad y sexualidad", no especifica ni cuándo ni dónde;

La E70, Póster " Caso práctico en una consulta de enfermería pediátrica" en el I Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería. Comunicación "Proyecto de validación del diagnóstico: no aceptación en el desempeño del rol de hermano mayor", no cita dónde ni cuando.

E72: " Las primeras relaciones sexuales" presentado en el 13 avo Congreso Mundial de Sexología y Derechos Humanos en 1997 (no pone la ciudad);

La E 73: presentó "Conducta grupal" en las III Jornadas de Estudiantes de Enfermería y "Enfermería: Teoría/Realidad" en el Simposium de Estudiantes de Enfermería, no dice dónde ni cuándo

La E82 presentó dos comunicaciones sobre Educación en Diabetes, una en el VII Congreso organizado por la FAED y otra presentada en el V Congreso organizado por la Federación Catalana de Educación en Diabetes, no consta ciudad ni año.

La E 84: póster sobre "Mortalidad por neoplasias en un Centro de AP (Congreso de Igualada 1998).

La E89 presentó " Niveles óptimos de calidad asistencial en la AP de Enfermería". "El liderazgo en enfermería en la atención domiciliaria" y "La obesidad en la adolescencia en Tossa de Mar", no pone más datos.

En cuanto a la **participación en Comisiones**, ocho personas participan en diferentes comisiones: la E52, dice pertenecer a la comisión de atención a la comunitaria-salud comunitaria del CAP Turó. La E 62, en la Comisión de calidad del CAP Monteló. La E 89, en la Comisión PAPPS del ABS Lloret - Tossa de Mar y en la Comisión del Programa de Atención al "Nen Sa".La E 173 Comisión del "seguimiento del paciente/usuario crónico en AP", encargado por el ICS, la investigadora principal es C.Del Olmo (lo presenta como participación en Comisiones, cuando por lo que explica, parece un trabajo de investigación de encargo).La E174 participa en la Comisión de docencia del CAP Rio de Janeiro. La E177 dice participar en el Protocolo de alimentación conjuntamente con el Hospital del Vall d'Hebron (no especifica desde qué centro o comisión).

8.2. Modelos de cuidar (nuevos discursos profesionales)

Análisis cualitativo de las respuestas a los cuestionarios de las 183 enfermeras; la mayoría en activo de diversos ámbitos laborales, edades, sexo y experiencia profesional.

Para analizar y evaluar el avance en la práctica de las enfermeras encuestadas, relacionaré con las diferentes escuelas de pensamiento, ya que según mi hipótesis, este avance se relaciona con la formación y la tecnología (variable independiente), a mayor formación, mayor avance; siendo la variable dependiente, la profesionalización de las tareas (reflejan el avance de las competencias y consolidan la autonomía profesional).

8.2.1. Escuela de las necesidades

Esta escuela pretende dar respuesta a ¿Qué hacen las enfermeras?: Atender a la persona a alcanzar su independencia. Sus Modelos característicos son los de V.Henderson, Dorothea Orem y Nancy Roper.

Qué hacen las enfermeras: Definir "Atender " e "Independencia". (Ver capítulo V: Tareas)

Atender: Mirar por alguna persona o cosa, o cuidar de ella.

Independencia: Los términos independencia, autonomía y autodeterminación, a veces lleva a confusión. Independencia es la característica de una persona capaz de ejercer libremente su actividad, sin depender de otro, capaz de ser autónoma; autonomía significa independencia, posibilidad de decidir por uno mismo, mientras que la autodeterminación es la capacidad de determinarse, es decir, de decidirse a actuar, a tomar una determinación, una decisión. Para Erikson (1968), el término "autonomía" implica "independencia emocional". Por lo tanto ¿Qué hacen las enfermeras?: ayudan, suplen, motivan, en definitiva, conservan y restablecen la independencia de la persona de manera que pueda llegar por sí mismo a satisfacer sus necesidades fundamentales.

Las tareas son aquellas que el paciente/usuario llevaría a cabo si tuviera la fuerza física y la voluntad para ello o poseyera los conocimientos requeridos. Henderson 1994.

Dentro de esta corriente filosófica, podemos observar diferentes orientaciones en función de dónde ponen el énfasis en sus tareas, así por ejemplo, tenemos actividades encaminadas a lograr el bienestar y confort físico; otras dirigidas al confort psíquico para el paciente/usuario y su familia, otras más encaminadas a ayudar en actividades de la vida cotidiana, otras de ayuda a mejorar hábitos (bien alimentarios, de dejar de fumar, ejercicio, etc.), otras al soporte emocional en situaciones de crisis (situaciones de paciente/usuarios agudos) y otras en situaciones de paciente/usuarios terminales; obviamente, en función del ámbito de trabajo, se pueden observar tres orientaciones:

1. Las que ponen el énfasis en las actividades de cooperación al diagnóstico y tratamiento médico y en ayudar en las actividades de la vida diaria (AVD) que se corresponden con las que trabajan en Hospitales de agudos
2. Las que ponen el énfasis en las actividades de bienestar y confort y en la ayuda a bien morir, que se corresponden con las que realizan sus tareas en

Hospitales y Centros de crónicos y larga estancia (paliativas, terminales,..)

3. Las que ponen el énfasis en las actividades educativas de ayuda en adquirir hábitos higiénicos más acordes con la buena salud de las personas (entendida la buena salud como aquella que permite mantener el bienestar y la autonomía). Se corresponden con las que trabajan en las Áreas Básicas de Salud (ABS).

Y, sobretodo, todas ellas ponen el énfasis en la que consideran su actividad más relevante, la ayuda y logro de mantener la dignidad de la persona.

Tabla: de las tres Orientaciones dentro de la Escuela de las Necesidades (101 respuestas):

1.ÉNFASIS EN ACTIVIDADES DE COOPERACIÓN Y EN AYUDAR EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)

1	16	53	64	111	119	133	Total 51 59,49%
9	17	55	66	112	120	134	
11	20	56	68	113	123	135	
12	21	59	69	114	124	147	
13	22	61	72	115	125	168	
14	26	62	79	116	126	178	
15	28	63	102	118	130	180	
					132	181	

2. ÉNFASIS EN ACTIVIDADES DE BIENESTAR Y CONFORT Y EN LA AYUDA A BIEN MORIR

30	33	36	40	43	48	51	Total
31	34	37	41	47	49	170	
						171	15 14,85%

3. ÉNFASIS EN LAS ACTIVIDADES EDUCATIVAS DE AYUDA EN ADQUIRIR HÁBITOS HIGIÉNICOS SALUDABLES

5	76	93	103	143	153	163	Total 35 34,66%
6	77	94	137	146	154	175	
7	81	95	139	149	158	165	
8	89	96	140	150	159	169	
10	91	97	141	151	162	176	

La mayoría de los encuestados, con matices, se adscriben a esta corriente filosófica, sus rasgos paradigmáticos a veces nos permiten ubicarlas en diferentes grupos de la clasificación por orientaciones; es en función de los rasgos más paradigmático de la tarea la que ha decidido su inclusión en una u otra orientación

1.ÉNFASIS EN ACTIVIDADES DE COOPERACIÓN Y EN AYUDAR EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)

La E1:1^{E1:1} nos define cuidar como un conjunto de actividades encaminadas a proporcionar al paciente/usuario un mayor bienestar y autonomía. Las características las define como *"proporcionar al paciente/usuario un soporte físico y emocional"*. Las tareas: *"Ayudarle en la higiene diaria cuya finalidad es prevenir las infecciones y ayudarle a comer, para proporcionar los nutrientes necesarios..."* Presenta el caso que está trabajando en la actualidad a partir de un diagnóstico médico "Síndrome depresivo", dado el caso su actividad consiste en una charla orientativa sobre el estado actual de la persona, y recomienda actividades reconfortantes, para ella, a su familia, y, finalmente la deriva al psiquiatra.

E11,12,13,14,15,16,17,20,21,22,26,28:1: Acompañar, suplir, apoyar, ayudar, enseñar a las personas que en un momento de la vida requieren ayuda o apoyo; Las características del cuidar las definen como: *Atender a la persona en su integridad, suplir aquellas necesidades básicas y dependencias, ayudar y enseñar a ser independiente*. Las actividades Enseñar la dieta a un diabético con la finalidad de que sepa qué comer.

El caso que plantea es un problema sobre falta de conocimientos sobre diabetes, tratamiento, autocontroles y sus efectos. Las tareas: explicar mecanismo diabetes, importancia de la dieta y ejercicio; uso correcto de los ADC, entregar una libreta para que anote el autocontrol de las glicemias. A los dos días, lleva un correcto control de glicemias y dice tener dificultades para seguir la dieta por falta de

11. ^{E1:1} Encuestado número 1 que aparece en la página 1, y así sucesivamente.

voluntad, repasan alimentos y seleccionan los que son de más agrado de la persona y rehacen la dieta, cita para evaluar la situación a los 2 meses.

E53, 55, 56,59,61,62,63,64,66,68,69,72:3 *Ayudar a la persona sana o enferma, identificar sus necesidades y ayudar a superarlas. Aconsejar (educación sanitaria), prevenir, contribuir en las tareas de ayuda al diagnóstico, conocer tratamientos de las enfermedades y ayudar a la recuperación. Se necesita buena comunicación; las tareas más significativas podemos verlas en la E55, se trata de un paciente/usuario con múltipatología descompensada, enseña a curar las úlceras por decúbito (heridas por presión de tejidos blandos sobre prominencias óseas que provocan mala irrigación venosa y por tanto, falta de oxígeno y nutrientes que provoca muerte tisular). Enseña a confeccionar dietas proteicas y explica la relación con la regeneración de los tejidos. A los tres meses comenta la buena evolución y mejoría general, sólo persiste una lesión abierta en fase de cicatrización, presenta estabilidad metabólica y el resto de patologías compensadas.*

E111, 112,113,114,115,116, 118.119.120, 123, 125,126,130,132,133,134,135:5, 168, 178,180,181:7 *Actividades encaminadas a "Ayudar a satisfacer 14 necesidades básicas, conseguir máxima independencia; para analizar las tareas me centro en la E135 que nos presenta un paciente/usuario quirúrgico en fase postoperatoria, cuya dificultad y problema es desconocer cómo toser para expulsar los esputos sin provocarse más daño innecesario. La tarea consiste en enseñar a toser según las técnicas de la fisioterapia respiratoria; el paciente/usuario comienza a sustituir la tos fisiológica (de ayuda) estimulando la aparición de la tos auténtica (involuntaria), a partir de aquí, comprueba la eficacia de la tos y pide al paciente/usuario que lo haga (tosar) delante de ella. En el plan de evaluación anota "*comprobar si la tos es eficaz durante hoy (día postopetarorio) y mañana*".*

E 9, 79, 102, 124 y 147 adscritas al modelo de Dorothea Orem. Ayudar cubrir necesidades básicas, aumentar capacidad de auto cuidado.

2. ÉNFASIS EN ACTIVIDADES DE BIENESTAR Y CONFORT Y EN LA AYUDA A BIEN MORIR

E30,31,33,34,36,37,40,41,43,47,48,49,51:2, 170,171:7 Actividades destinadas a atender al individuo, paciente/usuario o sano para contribuir a su salud (o evitar padecimientos al morir), que él no puede hacer por no tener fuerza, voluntad o conocimientos. Proporcionar independencia. Relación de afecto e intercambio de servicios. Las características se concretan en: *enseñar, guiar al paciente/usuario a conseguir más independencia, atender aspectos de su vida cotidiana o del estado agudo de la enfermedad que no pueda por sí mismo; Y, ayudar, empatía, comunicación, escuchar las necesidades, confianza, vigilar; las actividades de cuidado cuya finalidad es adiestrar, vigilar, prevenir, suplir, ayudar técnicamente, supervisar y educar. Las tareas se concretan en: enseñar a los diabéticos a hacerse autocontroles, tomar las constantes vitales, realizar cambios posturales, enseñar a pincharse la insulina, supervisar cómo lo hace, enseñar técnicas de higiene persona. Uno de los casos presentados, el del E 41 nos presenta un paciente/usuario y a su cuidadora cuyo problema es que no se ven capaces de realizar el cambio de la bolsa y apósito del urostoma; uno por falta de vista y la otra por falta de información, las actividades se concretan en: enseñar, adiestrar y supervisar todo lo relacionado con el cambio de bolsa y apósito, la resolución viene dada porque la cuidadora realiza, sin problemas, los cambios ella sola. No figura la evaluación, que podemos dar como buena dada la resolución del problema.*

3. ÉNFASIS EN LAS ACTIVIDADES EDUCATIVAS DE AYUDA EN ADQUIRIR HÁBITOS HIGIÉNICOS SALUDABLES

E5:1 Cuidar es estar al cargo y pendiente de alguien que lo necesita o que no puede valerse por sí mismo. Define cuidar con las siguientes características: *ayudar, acompañar, comprender, las tareas: explicar a la madre calendario de vacunaciones con la finalidad de informar sobre las medidas preventivas en los niños sanos; el caso que presenta se trata de un problema de obesidad, sus actividades consisten en explicar la dieta adecuada a las necesidades metabólicas, negocia el pacto de cumplimiento mediante controles periódicos y las fechas de revisión para seguir la evolución del problema y su motivación. La resolución viene*

marcada porque a los dos meses ha adelgazado 3 Kg. no hay evaluación hasta finalizar la pérdida de peso y mantenimiento pactado.

E6:1 Cuidar es el acto de atender integralmente, bio-psico-social a la persona y/o comunidad promocionando su curación y su independencia. No tenemos características del cuidar, ni las actividades, pero sí analizaremos el caso presentado: El problema es la dificultad de seguir la dieta y las actividades pactadas para reducir sobrepeso en una persona diabética; las tareas consisten en retomar la dieta y resto de normas dietético-higiénicas sobre diabetes. Tipos de ejercicio, a parte de caminar 2 horas, revisión de los pies y cuidados específicos sobre el mantenimiento de su integridad (a revisar con la enfermera cada año, si no hay contratiempos). A evaluar en próximas visitas.

E7, 8, y 10:1 Conjunto de actuaciones dirigidas a lograr el máximo bienestar psico-físico y social, satisfacer las necesidades básicas y ayudar a mantener la autonomía., Características: *establecer relación de confianza, paciencia, escuchar, apoyo y verdad*. Las actividades de cuidado identificadas son: establecer una relación empática con la finalidad de transmitir soporte emocional, enseñar la dieta adecuada a las necesidades metabólicas (prevención), y ayudar en la movilidad con la finalidad de que se sienta ayudado en sus necesidades de salud. En el caso que plantea, define el problema de una úlcera vascular en pierna derecha que supura y la persona siente dolor, las tareas que realiza son curar la herida, comprueba la dieta que ha hecho estos días, le recomienda no abusar del pan y fruta, plantea control cada dos días. Nada dice respecto al dolor.

E76,77,81,89,91,93,94,95,96,97,103:4 *Ayudar a conseguir máximo bienestar (biopsicosocial) según sus limitaciones y posibilidades, preservando autonomía y bienestar; Las tareas vemos la E97 como la más paradigmática; Se trata de una Baja autoestima por el exceso de peso y la dificultad por falta de motivación para preservar en las diferentes dietas que ha iniciado, como actividades generales, explica a la paciente/usuario que un problema adicional en las personas que ganan peso es que a medida que engordan, reducen sus niveles de actividad y queman*

menos calorías, y que otro aspecto importante, es que se come cuando existe alguna perturbación de tipo emocional, en definitiva, comenta que trata de explicar el por qué es tan difícil rebajar peso ya que éste es el resultado de una compleja interacción entre influencias internas (células del hipotálamo sensible a los niveles de azúcar en la sangre), y externas (alimentos atractivos, visibles y fáciles de obtener); es decir, le explica que dietas, emociones, genética, ejercicio y otros factores son el resultado de su falta de voluntad para no sucumbir al placer de comer. (Es muy interesante la forma y formato utilizado para explicárselo a la paciente/usuario, *un dibujo donde el clínico le explica al paciente/usuario que está sobre una báscula, que según la gráfica de peso, ella ya ha comido todo lo que necesita para el resto de sus días*), intentando no hacer juicios de valor, le pregunto por la reacción de la mujer; comenta que la paciente/usuario se puso a reír y a partir de ahí, iniciaron otro tipo de relación terapéutica. Se plantean la pérdida de peso a largo plazo, a base de pequeños logros día a día. No hay evolución, la resolución parece acertada.

E137, 139,140,141,143,146,149,150,151,153,154,158, 159,162,163:6, 175,:7 *Las actividades de cuidado van encaminadas a "Actuar sobre la dependencia del paciente/usuario y éstas, no es dar soluciones, sino herramientas para cubrir necesidades de salud; para las tareas observamos las respuestas de la E143; Dolor de espalda debido a la posición (trabaja de secretaria y pasa muchas horas en el ordenador), el médico de familia se la pasa para que le enseñe "técnicas de higiene postural". Explica el folleto editado por la Unitat de Prevenció de Riscos Laborals del Hospital Vall d'Hebron, y le recomienda ponerlo delante de su ordenador, a modo de recordatorio, le enseña la posición correcta (distancia de pantalla, altura de los pies, flexura cervical, posición ergonómica de los brazos y manos, técnicas de relajación en posición sentada y masajes en piernas y espaldas (siguiendo la técnica de "Petrissage" descrita por Kozier et Alt. en su página 1024 en "Promoción de la Salud Física". Nada dice sobre resolución y/o evaluación.*

E: 165, 169, 176:7, que se adscribe al modelo de Dorothea Orem.

Dentro de esta escuela el modelo de Dorothea Orem nos plantea el concepto de autocuidado como la esencia de su modelo y es la "*capacidad para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir*".

Respuestas que tienen este modelo de referencia: E 9, 79, 102:4, E124:5, E147165:6 y E169, 176:7

De estas ocho respuestas, las respuestas 9, 79, 102, 124 y 147 se pueden encuadrar en la orientación 1 descrita anteriormente: énfasis en actividades de cooperación y en ayudar en las actividades de la vida diaria (AVD) y las respuestas 165, 169 y 176 en la orientación 3: énfasis en las actividades educativas de ayuda en adquirir hábitos higiénicos saludables.

8.2.2. Escuela de la interacción

¿Cómo hacen las enfermeras lo que están haciendo?: Comprometiéndose con el cuidado. Modelo característico es el de Hildegarde Peplau.

¿Cómo lo hacen las enfermeras?: Definir "Comprometerse y Cuidado

Comprometerse: Poner de común acuerdo en manos de otro la determinación de una diferencia. Obligación contraída, palabra dada.

Cuidado: Lo define como la relación interpersonal terapéutica orientada hacia un objetivo que favorezca el desarrollo de la personalidad según un proceso en cuatro fases: orientación (busca ayuda), Identificación (de la ayuda que precisa), profundización (se pone a trabajar en su problema, y resolución (ha logrado el desarrollo de su personalidad). Las tareas son llamadas tareas psicológicas:

Aprendiendo a contar con los demás. Dependencia y deseos de dependencia en enfermería. El paciente/usuario tiene que aprender a contar con las enfermeras para conseguir el bienestar y la satisfacción de sus deseos de modo muy similar a como el niño aprende a alcanzar satisfacción de su madre. Clarificar las situaciones en que las enfermeras pueden ayudar al paciente/usuario a desarrollar su personalidad, enfrentándose juntos a una dificultad ayuda a madurar.

Aprendiendo a posponer la satisfacción. Aprender a posponer la gratificación en enfermería. Cuando las enfermeras se enfrentan a la tarea de ayudar al

paciente/usuario a posponer sus deseos y los sentimientos de satisfacción ligados a ellos, tienen que comprender estas relaciones para practicar una enfermería inteligente.

Identificándose uno mismo. El concepto de sí mismo observado en las situaciones de enfermería. Una de las tareas más importantes de la vida es la de identificarse a uno mismo. Tan pronto como enfermera y paciente/usuario llegan a conocerse y respetarse mutuamente y elaboren formas de atender las dificultades del paciente/usuario en un esfuerzo común, se desarrollará una relación de interdependencia recíproca.

Desarrollo de habilidades de participación. Habilidades de participación necesarias en las situaciones de enfermería. Una sociedad democrática exige participación. Cuando no se ha aprendido en experiencias anteriores, las enfermeras tienen la oportunidad de facilitar su aprendizaje en el presente y ayudar a sí a la promoción de una sociedad democrática.

Seis son los encuestados que hacen referencia a esta teoría, en parte debido a la falta de estudios más profundos sobre la psicología relacional en el currículum básico: E 38:2, 52: 3, 107, 122:5, 157:6 y 172:7 Preocuparse por la salud o el bienestar del cuidado. Cuidar es la esencia de la enfermería. Ayudar a las personas para potenciar o restituir salud y que se mantenga. Ayudar a crecimiento personal. Desarrollar capacidad de vivir o compensar las deficiencias, Actitud de una persona hacia otra para darle ayuda. Se debe realizar con sentimiento.

Dentro de esta Escuela se vislumbran dos orientaciones:

1: proporcionar bienestar estableciendo una relación de empatía. En esta orientación se encuadra la respuesta 38:2. El caso que nos presenta responde a una persona con Neoplasia de lengua y laringe, con la capacidad de deglutir alterada, pérdida de peso (por ausencia de apetito), las tareas van encaminadas a curar la herida causada por la radioterapia, realización de la higiene e hidratación. Comenta que practica la escucha activa (la consulta tiene lugar en el domicilio de la persona), para evitar que se sienta sola. Pregunta e intenta conocer qué apoyos familiares o sociales tiene; al enterarse que vive sola y sin familia conocida, se interesa por sus necesidades de culto o valores y le propone ponerla en contacto

con la Asistente Social para que la ayude a integrarse en algún grupo si desea.

2: Ayudar al crecimiento personal: aquí es donde se encuadrarían las respuestas 52, 107, 125 157 y 172. De los diferentes casos escojo la respuesta 125 por presentar las tareas más paradigmáticas referentes al modelo. Se trata de una persona con un proceso alterado del pensamiento, ansiedad y alto riesgo de violencia. Las tareas se concretaron en un primer momento en dejar a la paciente/usuario hablar de sus alucinaciones y disminuir los estímulos estresantes del ambiente. Al ser una persona ingresada, la segunda fase consistió en lograr que verbalizara los estados de inquietud para establecer las diferencias entre fantasía y realidad, en días posteriores, se fueron estableciendo límites en la conducta enseñando mecanismos de afrontamiento físicos y psíquicos (relajación), presenta como resolución que se aprecia una mejoría en el estado del paciente/usuario con disminución de los discursos delirantes y nivel de ansiedad. El resto de las respuestas ponen el énfasis en actividades educativas (que les ayuden a aumentar el autoconcepto deteriorado por motivos como: problemas familiares y obesidad mórbida). No hablan de resolución pero evidencian la fase de identificación - interacción en la que se encuentran respecto al modelo (H.Peplau).

8.2.3. Escuela de los efectos deseados o de objetivos

¿Por qué las enfermeras hacen lo que hacen? : A través de objetivos que preserven la homeostasis. Modelo característico es el de Callista Roy.

Definir Objetivos y homeostasis.

Objetivos: Fin o intento de una operación.

homeostasis.: Tendencia del cuerpo a mantener un estado de equilibrio a la vez que cambia continuamente. La homeostasis fisiológica significa que el medio interno del organismo es relativamente constante y estable. Existen los mecanismos reguladores por los que se mantiene en este equilibrio. La homeostasis psicológica se refiere al equilibrio emocional o psicológico o a un estado de bienestar mental.

Las tareas van dirigidas a conseguir los resultados esperados en materia de adaptación en los cuatro modos de vida (fisiológico, la autoestima, la función del rol, y la interdependencia) como Roy describió a la persona.

Fisiológico: la enfermera ayuda con sus actividades a adaptarse en las necesidades básicas para conseguir la integridad operativa.

Autoestima: la enfermera ayuda con sus actividades a adaptarse física y espiritualmente.

Desempeño del rol: La enfermera ayuda con sus actividades a adaptarse para conseguir la integración social.

Interdependencia: La enfermera ayuda con sus actividades en la integridad de las relaciones.

Una orientación se perfila:

1: Ayuda para adaptarse al entorno, (individuo, familia, comunidad).

Tres encuestados responden desde esta teoría de la adaptación de Callista Roy. E 92, 109, 127:5 Promover, prevenir, asistir, rehabilitar a individuo, familia y comunidad para facilitar adaptación al entorno; y Contribuir a lograr salud y bienestar (individuos, familias y comunidades). Conseguir adaptación psicológica a vivir con la enfermedad, colaborar en tratamientos médicos y cuidados específicos. Sostener vida y salud, recuperarse de enfermedad y adaptarse a efectos secundarios (entre ellos, la muerte). Las tareas que plantean son eminentemente educativas ya que definen las características del cuidar como aquellos conocimientos teóricos y exclusivos que ayudan a adaptarse a nuevas situaciones, bien con actividades que ayudan a promocionar la salud y a prevenir la enfermedad. La respuesta 127:5 es quizás la más adaptada a esta teoría, presenta un caso de alteración de la nutrición en una persona que además padece alteración visual, con lo que existe un grave riesgo de caídas. Las tareas que plantea después de su charla con la paciente/usuario, que demuestra gran fuerza de voluntad y no quiere depender de nadie, es enseñarle a realizar ejercicios pasivos (para mantener la forma física), enseñar cómo preparar la comida (troceada), recomienda que se la corte en pequeñas porciones ya que mejora la masticación y por tanto la digestión. Realiza las tareas de reconocimiento del

espacio, y le sugiere que se ponga barandillas en la ducha y dispositivos en el WC para evitar caídas. Hablan sobre la imagen que uno tiene de las pérdidas sufridas y cómo adaptarse y lo que cuesta. En la resolución que presenta, comenta que está bien. El resto de las respuestas van encaminadas a adaptarse a los tratamientos (dietas) para controlar la Diabetes y la obesidad en general.

8.2.4. Escuela del "Caring"

¿Cómo las enfermeras hacen lo que hacen?: A través de acciones que contemplen la espiritualidad y la diversidad cultural. Modelos característicos son los de Madeleine Leininger y Jean Watson

Definir acciones, espiritualidad y diversidad cultural.

Acciones: Las acciones son: preservación de los cuidados culturales (mantener o preservar la salud, recuperarse de una enfermedad o enfrentarse a la muerte.

Acomodación a los cuidados culturales (acciones y decisiones que ayudan a adaptarse o negociar un estado de salud beneficioso o a enfrentarse a la muerte.

Remodelación de los cuidados culturales (acciones y decisiones que ayudan a los paciente/usuarios a reestructurar o cambiar sus estilos de vida por patrones nuevos o diferentes que son culturalmente significativos, satisfactorios o el soporte de una vida saludable.

Espiritualidad: Valores y creencias y prácticas culturales.

Diversidad cultural

Las tareas son trabajar las ideas sobre la salud y los hábitos de vida de las distintas culturas, pues así servirán de base para prestar unos cuidados específicos a esa cultura. Para Leininger, los Cuidados son la esencia de la enfermería y el rasgo distintivo, dominante y unificador de la misma. Para Watson, se cuida " a través del cultivo de valores, como la amorosa amabilidad, el cuidado, la compasión, la gentileza, la calma, comunicamos una conciencia que genera cuidado, calma, gentileza e integridad/sanación. Cuando no se presta atención a los valores, generamos lo contrario, lo cual puede resultar peligros para una misma, los otros, el sistema, nuestro mundo." Las tareas: "la tarea de la enfermería

en el mundo comunitario coincide e interactúa con la tarea habitual del propio ser humano y la humanidad. Estas tareas compartidas incluyen (Watson, 2002, también influida por Longacre, 1999):

- ✓ *Sanar nuestra relación con el propio yo y con otros, y nuestro lugar en un universo más amplio;*
- ✓ *Encontrar significado a nuestra propia vida y las preocupaciones sobre salud-enfermedad, mientras volvemos a despertar a nuestro servicio profundamente compasivo de cuidados y sanación en el mundo;*
- ✓ *Comprensión y transformación de nuestro propio sufrimiento y el de otros;*
- ✓ *Profundización de nuestra comprensión y aceptación de impermanencia, la expansión-contracción de todos los ciclos de la vida (nacimiento/muerte, oscuridad/luz), incluyendo la preparación para nuestra propia muerte.*

Dos encuestados podrían encuadrar sus respuestas dentro de esta concepción del cuidar de Leininger y Watson: E155:5 y 183:7 Arte de cuidar, proporcionar cuidados con ternura y amor, abarcando el ámbito físico y psicológico y Actividad del ser vivo de atender a un ser vivo (o a sí mismo) para satisfacer necesidad bio-psico-social, cultural o espiritual. El inconveniente es que la 155 no respondió al caso y la 183 presenta un caso sobre el programa del "Nen sa", programa cuyas tareas ya están establecidas como protocolo general. En términos de Gottlieb (1997), serían los programas del Modelo de Difusión.

Dos de los encuestados se aproximan a M^aFrançoise Collière E 50:2y 164:6 Es un acto de vida, mantener y conservar la vida. Innato (instinto de supervivencia), individual y recíproco. Es tan antiguo como humanidad. El objetivo es la supervivencia de la persona, el grupo y la especie. También es ayudar y enseñar a desarrollar potencialidades personales y Es una necesidad para la supervivencia, implica asegurar la vida y perpetuar la especie.

El resto, en total 43, son definiciones sincréticas, es decir, se mueven entre la filosofía de V.Henderson, el concepto de "holismo" y la teoría de la adaptación, quizás la más paradigmática es la 104:4: define cuidar como atender a una

persona a ser independiente o suplirla (Escuela de las Necesidades) para poder adaptarse al entorno (Escuela de los Objetivos o de la Adaptación), las características de esto cuidar, las define como compasión ("caring"), compromiso, (más de acuerdo con las finalidades de la Escuela de la Interacción), asistir, cuya finalidad terapéutica es apoyar y dar apoyo (en este caso a una persona que perdió un ser querido), podría tratarse de un caso de la escuela de la Interacción, pero, plantea como caso y tareas, Persona que no puede caminar, que se siente sola y tiene miedo a la reacción de la familia (por el trabajo que puede dar); la tarea principal que plantea es animar a realizar la cirugía y a informarle sobre la misma?.

Los encuestados que no han respondido nada, son 26 un 14% de la muestra.

8.3. Conclusiones

En cuanto a las tareas que definen su quehacer profesional (competencia), de las 157 respuestas obtenidas, los tantos por cientos se reparten de la siguiente manera: la Escuela de las Necesidades y concretamente el modelo de Virginia Henderson es la orientación predominante en el quehacer profesional de los encuestados (59,23%, las ocho restantes se adscriben al modelo de Dorothea Orem (5,09%); en total la Escuela de la Necesidades la trabajan el 64, 32% de los encuestados. Del análisis de la primera Orientación se desprenden tres clasificaciones, obviamente las tres pertenecen a la primera Orientación cuyo énfasis es cooperar en las actividades del diagnóstico y tratamiento y en ayudar en las AVD; pero hay alguna diferencia, en la *primera*, es un caso de análisis y diagnóstico de la situación y por lo tanto, al no ser de su campo de actuación, derivación al clínico correspondiente. Las *siguientes*, se podrían encuadrar en la tercera orientación, ya que sus tareas principales son enseñar a los paciente/usuarios lo relativo a su patología y tratamiento, pero considero que la finalidad de las tareas no tiene el sentido de adquirir hábitos higiénicos saludables, sino, aprender a controlar mejor su patología. Cuando una enfermera enseña a toser en un postoperatorio, se considera una técnica de rehabilitación respiratoria, no es enseñar a respirar como una actividad de ayuda y promoción de salud. La *segunda Orientación* las actividades son de ayuda al cuidador para conservar /mantener el mejor bienestar posible dada la situación. En la *Tercera orientación*, las actividades de cuidado van encaminadas a "Actuar sobre la dependencia del paciente/usuario y éstas, no es dar soluciones, sino herramientas para cubrir necesidades de salud; el énfasis lo ponen en las actividades que la persona pueda hacer para promocionar y mejorar su salud. Las personas que hacen referencia al modelo de autocuidado, se pueden encuadrar mayoritariamente en esta orientación.

El 3, 82% dicen trabajar según la Escuela de la interacción. El modelo en sí, ya orienta a tareas de ayuda al crecimiento tanto de la persona atendida como de la enfermera, es un proceso de feed-back. El 1,91% según la Escuela de la

Adaptación, el 1,27% según las orientaciones del "caring", el 1,27% según M^a F.Collière y el 27,43%, en la corriente sincrética. De los 183 encuestados, han contestado 157 (85,79%) y no han respondido 26 (14,21%).

El futuro de las enfermeras es rico en saberes y experiencias, si tenemos en cuenta los modelos de supervivencia profesional propuestos por Gottlieb Laurie (1997), (ver el capítulo de introducción), de los resultados del trabajo de campo, se perfilan fundamentalmente los modelos de "Co-opetition" y de "Difusion".

El Modelo de Competición: modelo de enfermera "practicien" con capacidad de diagnosticar y recetar tal como existen en Canadá y actualmente en el Reino Unido, de momento, aquí, legalmente no existe.

Dentro del modelo de "Co-opetition" (Branderburger et Nalebuff 1996) citado por Gottlieb, define las relaciones profesionales como complementarias y concurrentes. El modelo parte de las nociones de cooperación y competencia. Según este modelo, *"todas las profesiones son iguales y cada una aporta una contribución específica y única"*. No obstante, cada profesión recorta sus funciones, competencias y roles de otras profesiones, lo que genera tensiones y un clima de competencia.

Es en este modelo donde se pueden encuadrar casi todas las orientaciones de cuidados de las encuestadas, los límites cada vez más flexibles de los quehaceres sanitarios permite a las enfermeras (a través de las competencias demostradas) ganar espacios profesionales nuevos, la realidad nos sitúa en la cantidad cada vez más cuantitativa y cualitativa del número de enfermeras, (a imitación del modelo anglosajón) reciben el nombre de enfermeras clínicas, que están cualificadas como tales y son el referente del Centro que las tienen contratadas. (Ej. Enfermera Clínica en ostomías). La formación, competencia y reconocimiento profesional "ayudan a buscar su lugar" para adaptarse a las situaciones sanitarias complejas y cambiantes, el servicio de calidad ofrecido a la sociedad hará que el rol enfermero sea cada vez más reconocido (y no tan solo su amabilidad, que ya es importante) y requeridos sus servicios.

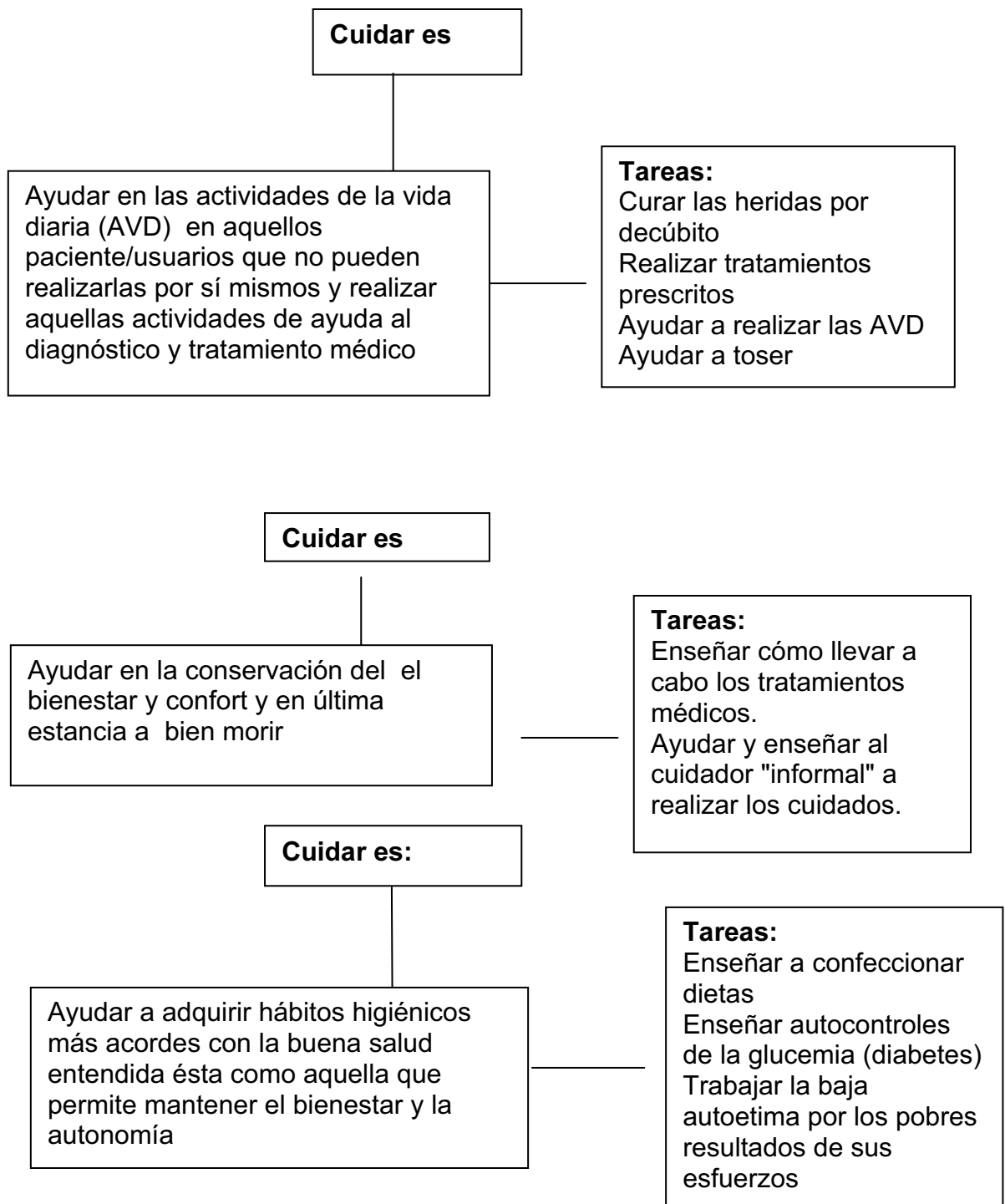
En el Modelo de Difusión, como ya dije, se podrían adjudicar sobre todo a las enfermeras que llevan las consultas del "Nen Sa" (Control del niño sano), vacunaciones y control antropométrico; labor que podría realizar el pediatra. Dados los resultados, estamos en condiciones de asegurar la confirmación de la hipótesis, nuestras enfermeras han adquirido más conocimientos y por lo tanto, más competencias un 61% han realizado cursos de perfeccionamiento profesional de diferente rango académico. Nos encontramos ante una *población joven* (☺ 30 años) y en plenitud de sus potencialidades físicas e intelectuales. En cuanto al *ámbito de trabajo*, la Región sanitaria de Barcelona Ciudad se lleva la palma con el 45% de los encuestados, hay que decir, que Barcelona ciudad cuenta con una población de 1.505.581 habitantes.

En cuanto al *Centro de trabajo*, el 30% trabaja en Hospitales públicos, el 23% en los Centros de Atención Primaria (CAP), el 19% en las Áreas Básicas de Salud (ABS), todos ellos de titularidad pública, (el mayor empleador). En cuanto a la *formación*, el 61% (96 personas), es decir, casi dos tercios, han realizado formación tras finalizar la carrera; los porcentajes de personas que realizaron cursos por años desde que acabaron los estudios, destacan claramente en el gráfico que la franja de 6-8 años el 29,3%, han realizado cursos frente al 10,9%; y los que hace más de ocho que han acabado los estudios, un 22,8% frente a un 6,5% que no han hecho nada. También se ha de destacar que 61 personas (el 39%) no han realizado ninguna formación.

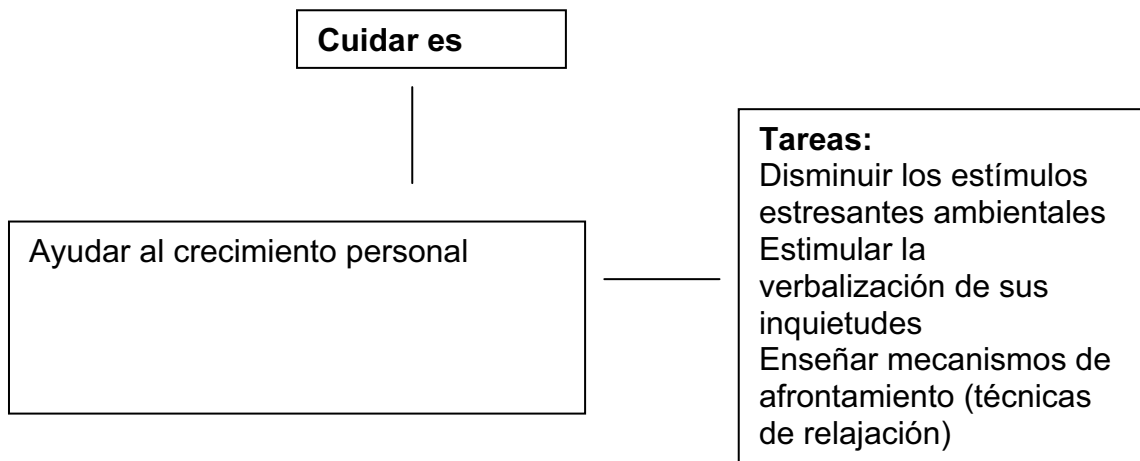
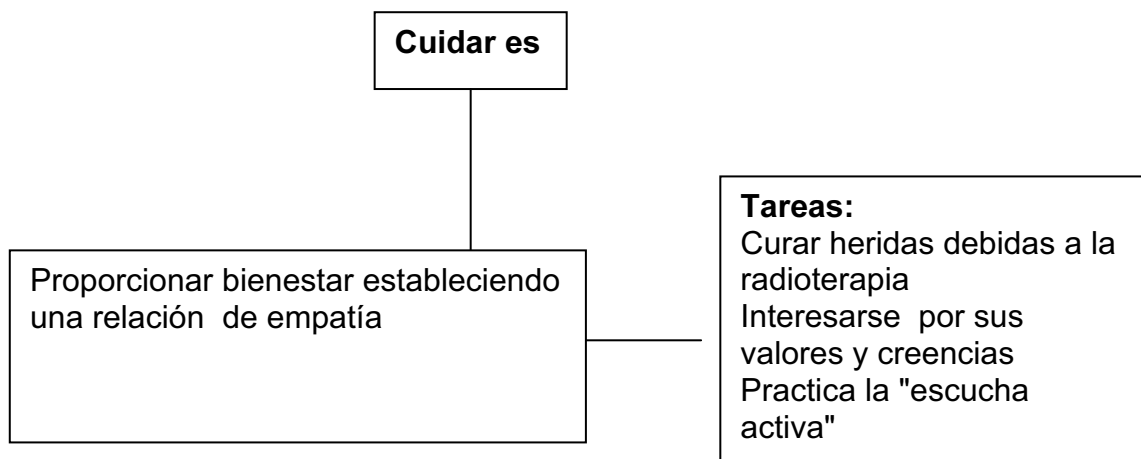
Del resto de la información recogida, sólo Once personas dicen tener *experiencia docente* (docencia en prácticas de los estudiantes de enfermería), y participación en la formación continuada de los Centros donde trabajan; Dos personas han *publicado* sendos trabajos: " E: 62: " Los profesionales de la salud ante el Alzheimer" y E 162: "Dolor de espalda en el personal asistencial". Nueve personas han presentado *comunicaciones y/o ponencias*, y ocho participan en, diferentes *Comisiones*.

8.4. Gráficos sobre las orientaciones de las distintas escuelas de Cuidados

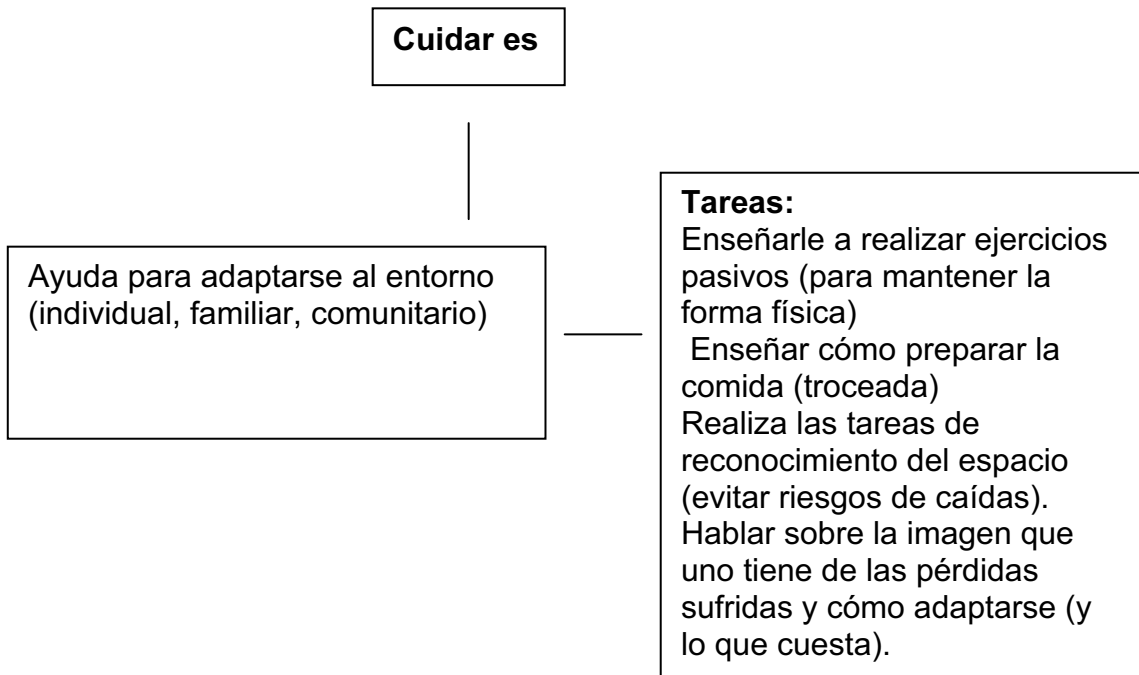
ORIENTACIONES de la ESCUELA DE LAS NECESIDADES:



ORIENTACIONES de la ESCUELA DE LA INTERACCIÓN:



ORIENTACIONES de la ESCUELA DE LOS EFECTOS DESEADOS U OBJETIVOS:



Capítulo IX. Discusión

Normalmente, las enfermeras tenemos la tendencia a escribir sobre nuestro pasado (a veces idealizándolo), otras sobre lo que ha de ser el futuro (ideal, pero poco tangible), espero contribuir con mi trabajo a mostrar una parcela o visión de una misma realidad en tiempo presente; no hay mejor manera de expresar la satisfacción por lo que uno hace que escribir sobre ello.

Hablando del pasado, la Historia de la Enfermería va ligada a la Historia de la Humanidad y a la Historia de la Profesión Médica, y, a sus creencias respecto a las enfermedades y sus causas; para entender la evolución de los cuidados de enfermería, se ha de explicar los avances científico - técnicos de las diferentes etapas históricas y las prácticas que los diferentes actores desempeñaron, sus relaciones, lugares donde llevaban a cabo sus prácticas, a quién iban dirigidas, qué tipo de actividad realizaban, y sus características.

Para explicar la lenta evolución histórica de la enfermería, parto del análisis de las fuentes documentales que me permiten justificar que estos lentos avances de la práctica enfermera están relacionados con la división del trabajo a lo largo de la historia, la misoginia de los padres del pensamiento que impregnó la vida cotidiana y por tanto los quehaceres de hombres y mujeres, y con que la presencia mayoritariamente femenina en la profesión no se circunscribe sólo a la enfermera asistencial sino a casi todos los teóricos que sobre la enfermería han tenido algo a decir, a excepción de los sociólogos que han estudiado la enfermería como profesión que son hombres y mujeres. Desde este punto de vista, cabe remarcar que si bien los primeros textos sobre formación se deben a hombres, sobre todo médicos, en la actualidad, las creadoras de los modelos y teorías enfermeras son mujeres.

Para hablar del futuro, el análisis de las teorías enfermeras (de importación americana mayoritariamente) que han hecho crecer nuestros saberes desde el punto de vista de la Enfermería como Ciencia), la entrada en la Comunidad Económica Europea (que ha hecho posible la convergencia en nuestra formación y finalidad de los enfermeros generalistas para todo el espacio europeo) y finalmente

las Leyes de nuestro país que ponen de relieve las competencias que todos hemos de adquirir a lo largo de nuestros estudios y carrera profesional.

Para hablar del presente, este estudio pretende analizar los avances en la práctica de las enfermeras mediante el análisis de las tareas, la visión que tienen los profesionales y las élites de la profesión y finalmente analizar si existen estrategias de futuro pertinentes a las nuevas tendencias que nos permitan seguir avanzando en un nuevo enfoque de la profesión.

Estas nuevas tendencias vienen enmarcadas por los cambios en la estructura social, el envejecimiento de la población, la crisis económica, los flujos migratorios, las preocupaciones ecológicas, las desigualdades sociales, etc. Los sistemas y políticas de las organizaciones sanitarias, los cambios en los sistemas de salud con la consiguiente contención en los gastos sanitarios. El avance científico y tecnológico y su influencia en las profesiones y, finalmente, la construcción de la profesión enfermera y su coexistencia con las tareas de otros profesionales.

Es en este escenario donde la enfermería se enfrenta a su gran reto, crecer como profesión o desaparecer como tal. Según la revisión bibliográfica realizada, políticos, agentes sociales, élites profesionales, le auguran un buen futuro, lo que no ocurre con los profesionales que se autodenominan "de base". Éstos tienen una visión pesimista sobre su formación, su práctica y su futuro.

La construcción de una cultura profesional es lenta, y puede hacerse realidad desde distintas orientaciones, desde la importación de modelos teóricos y tecnológicos avanzados de otras experiencias como pueden ser en este caso los modelos de enfermería de los EEUU y Canadá sin olvidar lo que Buxó i Rey (1994) apunta, que no basta emular ideas nuevas sino que hay que elaborar adopciones innovadoras. La adopción innovadora se construye sobre la base de la combinación de la lógica y la intuición, conocimiento y acción, razón y pasión, ética y estética, es decir, sobre un mejor conocimiento de nuestros pensamientos y acciones.

Otra forma, según sugiere Torra i Bou (1995) es, que la Enfermería es una disciplina que va construyendo su cuerpo de conocimientos propio sobre la base de la interpretación de la realidad que la rodea. El análisis de las tareas, su evolución, nos orientará sobre las competencias presentes y la capacidad del colectivo para afrontar los retos del siglo XXI.

Con los resultados de este trabajo se aspira a contribuir en la definición de las tareas, su avance, el pensamiento de sus líderes sobre formación y estrategias de inserción en los sistemas profesionales.

Recogiendo la orientación de Torra i Bou (1995) sobre la Enfermería, ésta, al igual que la sociedad, va construyendo su cuerpo de conocimientos propio sobre la base de la interpretación de la realidad que la rodea; la sociedad no es simplemente un conglomerado accidental y desordenado de seres humanos. Es un sistema estructurado en el que cada individuo ocupa una posición (estatus) definido. Se entiende por estatus social el puesto que cada individuo ocupa en la estructura social. Una misma persona ocupa diferentes estatus en función del contexto en que se relacione o del grupo desde el que se defina.

A cada estatus le corresponde un repertorio de pautas y normas de comportamiento que prescriben, a la persona que lo ocupa, cómo deberá actuar en cada situación y lo que los demás pueden razonablemente esperar que haga en virtud del lugar que ocupa. Llamamos papel (rol), al conjunto de todas estas pautas de comportamiento asociadas a cada estatus. La importancia de los papeles sociales radica, no sólo en el grado en que regulan la conducta, sino también en el hecho de que permiten a los hombres predecir los actos de los demás, y determinar, por tanto, sus propios actos de acuerdo con aquellos. En consecuencia, las relaciones sociales existen entre los papeles desempeñados por los miembros de una sociedad.

El estatus se ocupa, los roles se desempeñan. Esta es la razón por la que algunos sociólogos asocian el estatus a los aspectos estáticos del sistema social, y los

roles a los aspectos dinámicos. El rol aparece como representación institucionalizada y como cúmulo de conocimientos socialmente definidos. El rol se identifica por los comportamientos y actitudes que se adoptan al interactuar con otras personas en situaciones específicas. Uno de los principales problemas al que nos enfrentamos las personas, es que en cada grupo del que formamos parte, se nos requiere que actuemos en diversos papeles (en la familia desempeñamos un rol, en el trabajo otro rol diferente, en la escuela, en la iglesia, en el equipo deportivo, en el grupo de amigos, en el club, en el partido político, etc.) y en ocasiones es difícil darse cuenta del papel que estamos desempeñando. Nuestro comportamiento debe variar de acuerdo al papel que estemos representando. Diferentes grupos imponen distintos requisitos de papeles y consecuentemente de comportamientos sobre los individuos.

Identificación con el Rol. - Ciertas actitudes y comportamientos reales consistentes con un papel son los que hacen la identificación con el Rol. Las personas tienen la habilidad de cambiar de roles rápidamente cuando reconocen que la situación y sus necesidades demandan cambios importantes.

Las enfermeras se identifican con el rol de cuidadoras siendo conscientes de la dificultad que entraña definir qué es cuidar.

Percepción del Rol.- La visión de la manera en que se supone que uno debe actuar en una situación determinada es una percepción del papel. Basados en una interpretación de la forma como creemos que debe ser nuestro comportamiento, desarrollamos ciertos tipos de conducta. Esta interpretación puede ser producto del aprendizaje a través de estímulos externos (observando a un experto, por los amigos, por libros, películas, televisión, por lo que hacen personas a las que admiramos en un papel semejante, etc.)

Las enfermeras tienen una percepción distorsionada de su rol, infravaloran su aportación a la sociedad, la última encuesta del Colegio Oficial de Enfermeras de Barcelona (2004), pone de manifiesto la gran preocupación que sienten por la "dignificación de la profesión" y el aumento del prestigio social (reclamado sobre todo por las docentes). Hay que entender que en los momentos actuales, las enfermeras son profesores de segunda categoría en la escala universitaria, es

lógico, pues, que esta reclamación sea un grito de ayuda para su supervivencia como tal. 2

Expectativas del Rol. - Se definen como expectativas del papel la manera como otras personas creen y esperan que debemos actuar en una situación determinada. Cuando las expectativas de un rol se concentran en categorías más generales a las que se considera conductas típicas, tenemos entonces los estereotipos.

Dentro de las expectativas, la divergencia es igualmente patente, según la encuesta de la revista Metas 21, por ser la última en formato On line, las enfermeras opinan que no; del resultado parece desprenderse que las enfermeras esperan de la formación reglada el "milagro" que les ayude en los conflictos de toma de decisiones, autoayuda profesional, u otros, que por otro lado reconocen es cuestión de formación de postgrado y sobre todo, de formación continuada

Conflicto de Roles. - Cuando un individuo se ve confrontado por expectativas divergentes de papeles, el resultado es un conflicto de roles. El conflicto surge cuando una persona encuentra que el cumplimiento de un papel puede hacer más difícil el cumplimiento con otro.

La enfermería actual se mueve entre Escila y Caribdis, su actitud ante la profesión suele ser ambigua, desea una mayor autonomía en sus tareas y por otra, realiza y convierte las tareas de ayuda al diagnóstico y tratamiento médico como la tarea principal de su rol enfermero, rol que Gobttlieb (1997) define como complementario y concurrente con el resto de las profesiones sanitarias; son las competencias propias lo que hará crecer a las enfermeras aun a costa de recortar tareas a otras profesiones, no sin tensiones; los médicos empiezan a reclamar que ellos también cuidan.

2. Lo que no quiere decir que el resto de los profesionales, por otras encuestas estudiadas (Colegio de Barcelona (1997), Consejo General de Enfermería (1998) no tengan la misma percepción, por un lado reconocen haber crecido intelectualmente y por otro, ese crecimiento no es reconocido por la sociedad.

Entre los diferentes autores de la sociología de las profesiones, el trabajo de Abbott (1988), aborda el estudio de la profesionalización como un proceso de creación desde el llamado “*sistema de profesión y su estructuración en jurisdicciones*”. Para Abbott, correspondió a Florence Nightingale el privilegio de identificar un área significativa de trabajo a desarrollar por las enfermeras, ponerla en práctica con los militares y finalmente trasladarla a los poderes civiles creando escuelas, asociación y conocimientos que dieran contenido a las actividades de las enfermeras.

Para Jovell (1992), Abbott (1986) clasifica los estudios de profesiones en cuatro categorías: funcional, estructuralista, monopolista y cultural. Cualquiera de éstas categorías es válida para un estudio de la enfermería, la línea evolucionista de los monopolistas nos describe el proceso de profesionalización dirigido por el deseo de alcanzar el dominio intelectual y la autoridad derivada del mismo con respecto a una determinada área de conocimientos (Larson, (1979). Proceso en el que está inmersa la enfermería. En la jurisdicción que Abbott denomina “*sistema de profesiones*” la actividad profesional tendría una triple función diferenciadora: la de clasificar un problema- o diagnóstico-, la de razonar entorno al mismo- o de inferencia- y la de solucionarlo- o de tratamiento. Esta triple función se perfila en el sistema de creación de Enfermería cuando ésta empezó a expandirse fuera de los hospitales hacia la atención de salud primaria, invadiendo la jurisdicción más preciada de los médicos.

El conocimiento especializado que faculta a los trabajadores un control sobre los contenidos se convierte en fuente de poder ya que todo conocimiento califica y legitima la toma de decisiones en el área correspondiente. Determinar el conjunto de actividades que elevan el estatus de los miembros de la jurisdicción se convierte en un proceso de afirmación ideológica. La evolución de las profesiones se debe a los líderes que luchan por incorporar el conocimiento abstracto así como las técnicas que derivan del mismo en la práctica diaria. De ahí la necesidad de incorporar los modelos y teorías de otras disciplinas para generar otras teorías y modelos de aplicación en la propia disciplina como son los Modelos de Enfermería la mayoría de autoras de los EEUU que permitan desarrollarse como profesión en la línea de las demás. Estos modelos permiten definir Diagnósticos de Enfermería y permite crear

un monopolio de mercado mediante la estandarización del producto ofrecido (conocimiento científico y técnico sobre los problemas de salud), control sobre la provisión del mismo, exclusividad del conocimiento y eliminación de posibles competidores del mercado, en el caso de las enfermeras, las auxiliares de enfermería y los técnicos sanitarios de tercer grado.

El crecimiento de una profesión se mide en términos de competencias y de su capacidad para crear conocimiento, tecnologías y por tanto consolidar su propia "jurisdicción" en términos de Abbott (1986). Las competencias ya han sido publicadas con fecha 1997, su aplicación curricular desde 1999 (Proyecto metodológico de la Escola D'Infermeria Vall d'Hebron en Barcelona, basado en el Aprendizaje Basado en Problemas (ABP/PBL) en sus siglas en inglés. Estas competencias permiten a los futuros profesionales unirse a la riqueza actual de profesionales que desde el campo asistencial están trabajando en asociaciones científicas que son capaces de presentar en sociedad a 9 hospitales de rango medio del área catalana (La Esperanza, las dos Cruz Roja, Arnau de Vilanova, Santa Tecla de Reus, Lleida, Girona. San Joan de Deu, que están trabajando con los diagnósticos de la NANDA y los criterios de resultado - NOC- de la Universidad de IOWA y las intervenciones basadas en la Evidencia NIC, también de la Universidad de IOWA. Este trabajo presentado en el V Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería celebrado en valencia los días 13 y 14 de mayo de 2004, nos da la medida del ritmo en que se está trabajando en las nuevas tareas del cuidado.

Desde la atención del día a día, se intenta atender las nuevas demandas de los paciente/usuarios, éstas pasan a menudo por: querer aprender a cuidarse por si mismo, aprender a pedir ayuda para aumentar la calidad de vida en un paciente/usuario que ha de aprender y aceptarse a ser diabético, aprender a poder protegerse de los riesgos de enfermar, etc.

Desde la gestión servicios sanitarios orientados a la eficiencia: las enfermeras, desde hace unos 7-5 años, han intuido que trabajar en beneficio de su profesionalización, pasa por el cambio en la dialéctica del cuidado: el concepto de calidad total, Procesos

por Guías Clínicas, asignación de casos, escalas para medir grados de dependencias, ya no son algo foráneo. Forma parte de su práctica habitual.

Desde los servicios sanitarios, sus objetivos se orientan a: primar en muchos casos el cuidado respecto a la curación. Si en los hospitales en ocasiones resulta difícil percibir el cuidado, es en los servicios comunitarios donde se ponen de manifiesto con más fuerza; los cuidados dirigidos a ayudar a la reinserción a la vida cotidiana, el apoyo a las familias con paciente/usuarios crónicos y/o terminales, son parte de las nuevas tareas incorporadas al quehacer enfermero, ahora bien, serán precisamente, las enfermedades crónico-degenerativas y el envejecimiento de la población las que al encarecer el producto sanitario, y el aumento de la formación de la población para gestionar su enfermedad, serán la base de los nuevos sistemas de prestación sanitaria. Un mayor nivel y utilización de los sistemas de comunicación por parte de los paciente/usuarios, incrementa la necesidad de estar al día en publicaciones, bases de datos y cursos formativos para mejorar la seguridad en los propios conocimientos profesionales. Las enfermeras se inician en la prestación On-line de cuidados de enfermería.

Desde la enfermera gestora: La vía de la gestión, en los últimos años en nuestro país, ha supuesto un medio de promoción para las enfermeras y en ello han coincidido diversos factores. La necesidad del sistema sanitario de profesionalizar la gestión, motivó la formación en administración de servicios sanitarios a personas, entre ellas a las enfermeras. Estos puestos de trabajo adquirieron reconocimiento y estatus social.

Desde la enfermería del equipo multidisciplinario: la aportación de las enfermeras a los equipos de salud están dirigidos al objeto de enfermería, contribuyendo a las necesidades de salud de la población; Otra razón para participar en los equipos es poder compatibilizar nuestro trabajo de colaboración sin renunciar a nuestra contribución específica.

Desde la comunicación de las reflexiones y experiencias: considerando la importancia de reflexionar sobre la práctica, vale la pena buscar vías que permitan mejorar lo que tenemos y crear lo que nos falta en palabras de Jean Watson... Las bases para conseguirlo son la investigación y la innovación.

Investigar a partir de las Competencias las tareas que harán posible el reconocimiento de la enfermería como una disciplina científica e innovar las tareas de ayuda al Diagnóstico y tratamiento médico hoy por hoy base de nuestra supervivencia.

Dos corrientes coexisten en la actualidad dentro de las Escuelas del Pensamiento Enfermero, las que propugnan identificar nuestro trabajo mediante la aplicación como marca distintiva "los Diagnósticos de Enfermería " propugnados por la NANDA, el CIE, algunas de las Asociaciones tales como AENTDE, ACENCIO, etc., y otra, la que propugna volver al origen del concepto de qué es cuidar y a partir de aquí construir lo que en esencia la Enfermería ofrece a la sociedad.

Jean Watson, por ejemplo, considera que no se crea o reafirma la profesión por utilizar la enfermería un lenguaje común a modo y manera de los médicos (Diagnósticos de la NANDA por ejemplo), sino definiendo nuevos indicadores que nos ayuden a definir los cuidados en términos de lenguaje "evocador", ella pide ayuda para encontrar indicadores que puedan competir con los indicadores de la NANDA (tan medicalizados) que de seguir la tendencia anunciada en el V Simposium, está previsto que en el 2009 en que la OMS presentará el CIE 11 donde se presentará una lista de Diagnósticos comunes para todas las profesiones sanitarias englobados en la lista FIC "Familia Internacional de Clasificaciones" que englobará: CIAP2, DSM IV TR., CIPQ, CIE10, NANDA, NIC, NOC.

Watson (Valencia, 2004), propone que: *"cuidamos cuando atendemos lo invisible y estos cuidados se validan empíricamente mediante el lenguaje común "evocador" para las personas de sus sentimientos y vivencias, el cuidado se ha dicho que es un medio para un fin que es la curación, para Watson, el cuidado es un fin (nuevo paradigma) por que centra el cuidado en la relación cuidados - curación a lo que denomina cuidados curativos, (caritas) que es la relación amor-cuidado y comunitas, el medio en el que vivimos. Watson citando al filósofo danés Logstrup comenta que "tenemos el espíritu vital de los demás en nuestras manos", algo, que como es obvio, no se puede objetivar; no hay indicadores ya que estamos hablando de la vida de otra persona y nosotros estamos presentes abiertos a*

apreciar lo que le pasa y ayudándole en su cuidado.

Watson centra su reflexión sobre el concepto de cuidados a partir del estudio de investigación llevado a cabo por Cristina Swanson en 1999, sobre lo que es cuidar positivamente o negativamente para las personas atendidas. Los cuidados positivos son aquellos que son una experiencia positiva mutua para el paciente/usuario y la enfermera y los no cuidados o cuidados negativos aquellos en los que el paciente/usuario puede llegar a morir por no prestarle atención. En conclusión, tanto para Watson como para Leininger, necesitamos un nuevo lenguaje y no precisamente el de NANDA, tesis por otro lado, compartida por José Luis Medina (Valencia 2004) en su demoledora exposición de su ensayo "La problemática de la Construcción del saber disciplinar a través del Diagnóstico Enfermero (DE)". Medina opina: " *Los Diagnósticos de Enfermería (DE) parten de premisas indemostrables, así mismo, alega que la formalidad codificadora de los diagnósticos, sólo sirve para dar una racionalidad representadora (al problema) y poder justificar la racionalidad de la acción (intervenciones). El método analítico-cartesiano que siguen los impulsores de la NANDA en la formulación diagnóstica no sirve (por reduccionista), plantea que si la enfermería de verdad busca su espacio se ha de plantear la búsqueda de su saber desde el estudio de las interrelaciones de los problemas, o lo que es lo mismo "desde la complejidad".*

Otra visión de la situación nos la da Capra (1982). Es interesante lo que físico Capra que tanta influencia ha tenido en el desarrollo de los modelos conceptuales enfermeros plantea en el Capítulo: " *La visión integral de la vida*"; en su tesis sobre la necesidad de un cambio de paradigma, aboga porque éste ha de ser el que explique una nueva visión de la realidad y que ésta ha de basarse en la comprensión de las relaciones y dependencias recíprocas y esenciales de todos los fenómenos: físicos, biológicos, psicológicos, sociales y culturales. Esta nueva visión va más allá de los actuales límites disciplinarios y conceptuales y nuevas instituciones la perseguirán. Capra cuando describe a las profesiones sanitarias y su relación con las corrientes de pensamiento se retrotrae a Descartes. Según Capra, Descartes basaba toda su visión de la naturaleza en la división existente entre dos campos independientes y

separados: el del pensamiento o res cogitans, la substancia pensante y el de la materia o res extensa, la susbtancia extensa. Tanto la mente como la materia eran obra de Dios pero los científicos que desarrollaron sus teorías según la distinción cartesiana entre la mente y la materia omitieron cualquier referencia explícita a la presencia divina: las humanidades se concentraron en la res cogitans y las ciencias naturales en la res extensa.

Según Descartes el universo material era una máquina y sólo una máquina. En la materia no había ni vida, ni metas, ni espiritualidad. La naturaleza funcionaba de acuerdo con unas leyes mecánicas, y todas las cosas del mundo material podían explicarse en términos de la disposición y del movimiento de sus partes. Esta imagen mecanicista de la naturaleza fue el paradigma imperante que dominó la ciencia después de Descartes, marcando la pauta de las investigaciones científicas y sugiriendo la formulación de todas las teorías sobre los fenómenos naturales hasta que la física del siglo XX efectuó un cambio radical.

A lo largo de la historia de la ciencia occidental el desarrollo de la biología ha sido paralelo al de la medicina. Es natural, por tanto, que la visión mecanicista de la vida, una vez firmemente establecida en el campo de la biología, haya dominado también la actitud de los médicos ante la salud y la enfermedad. De la influencia del paradigma cartesiano en el pensamiento médico resultó el llamado modelo biomédico, que constituye la base conceptual de la medicina científica moderna. El cuerpo humano es considerado como una máquina que puede analizarse desde el punto de vista de sus partes; la enfermedad es el funcionamiento defectuoso de los mecanismos biológicos que se estudian desde el punto de vista de la biología celular y molecular; la tarea del médico es intervenir, física o químicamente, para corregir las disfunciones de un mecanismo específico.

En la medicina moderna son los psiquiatras los que estudian y se ocupan de los problemas psicológicos y de comportamiento. Pese a que los psiquiatras tienen un título y una formación en el campo de la medicina, la comunicación entre ellos y los profesionales de la salud física es escasa. De igual manera que la biología y la

medicina, la ciencia de la psicología ha tomado su forma del paradigma cartesiano. Descartes no sólo hizo una marcada distinción entre lo impermanente del cuerpo humano y la indestructible alma, sino que también propuso varios métodos para estudiarlos. El alma o la mente debían ser exploradas a través de la introspección, mientras que el cuerpo requería seguir los métodos de las ciencias naturales. Los psicólogos partidarios de la teoría de Descartes no siguieron las sugerencias de Descartes, sino que adoptaron ambos métodos para el estudio de la psique humana, creando dos escuelas de psicología:

- Los estructuralistas, que estudiaban la mente a través de la introspección y trataban de analizar la conciencia reduciéndola a sus elementos básicos.
- Los conductistas que se concentraban exclusivamente en el estudio del comportamiento y, en consecuencia, ignoraban o negaban del todo la existencia de la mente.
- Sigmund Freud usaba el método de la libre asociación para crear el psicoanálisis.

En su demoledora tesis, Capra comenta que suele creerse que la psicología, en cuanto a ciencia, fue creada en el siglo XIX y que sus raíces históricas se remontan a las filosofías de la antigüedad griega:

Empédocles - Pitágoras - Sócrates - Platón - Aristóteles - Plotino.

¿Qué dice Capra de las enfermeras?, pues bien, éstas, tampoco se libran de su análisis aunque de manera más benevolente, se supone que sus trabajos con Martha Rogers (1981) de la Escuela de Pensamiento Enfermero del Ser Humano Unitario (ver definición en el capítulo de tareas), y sus alumnos y, como explica en sus agradecimientos, especialmente a Gretchen Randolph, "*por sus reveladoras explicaciones sobre el papel desempeñado por los enfermeros en el arte de la curación*", se supone influyeron lo suficiente en su opinión:

Las enfermeras, de formación cartesiana, pese a que suelen estar muy bien preparadas como terapeutas y educadoras sanitarias, se las considera simples asistentes y rara vez tienen ocasión de utilizar todas sus capacidades. Debido a la

parcialidad del enfoque biomédico y a los modelos patriarcales del poder en el sistema de asistencia sanitaria, el importante papel que las enfermeras desempeñan en la convalecencia de los paciente/usuarios a través del contacto humano que mantiene con ellos no es reconocido en lo que vale. De este contacto, las enfermeras suelen adquirir un conocimiento mucho más extenso de la condición física y psicológica del paciente/usuario que los médicos; pero estos datos se consideran menos importantes que las "científicas" afirmaciones de los profesionales de la medicina, que se basan en análisis de laboratorio.

Vemos, pues, que las afirmaciones de Capra no están alejadas de las tesis de Watson y Medina.

Mercedes Ugalde presidente de la Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería (AENTDE), en el V Simposium de la Asociación cuyo título era "Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber", destacaba en su exposición “ *la necesidad de dotar de un marco conceptual que proporcione identidad al trabajo de las enfermeras; ya que como bien afirmaba: de los contrario, corremos el riesgo de convertirnos en "aplicadores de fórmulas terminológicas"*. Valencia 2004.

Watson intenta hacer comprender qué es lo que le falta y de qué forma ello puede servirnos de herramienta; teniendo en cuenta que en el mundo actual "si no tienes tu propio lenguaje, no existes" (Watson, 1999) a su juicio, lo que resulta evidente es que no son los diagnósticos enfermeros (DE) terriblemente medicalizados lo que nos hará crecer en el espacio profesional sino que la enfermería debe replantearse y descubrir la terminología y las prácticas de forma que sean éstas las que reflejen la aportación de los cuidados y el compromiso de atención que la enfermería tiene con sus paciente/usuarios y la sociedad en particular.

De nuevo, la enfermería se mueve entre Escila y Caribdis; por un lado, nuestros organismos oficiales (INSALUD, ICS, ...) avalados por el Consejo Nacional de Enfermería, nos piden que *para poder "medir nuestro producto sanitario (llamado*

enfermero)” que hasta ahora quedaba englobado en las prácticas médicas, debemos trabajar con los Diagnósticos de Enfermería de la NANDA, bien utilizando el GDR, bien con las Guías Clínicas, bien con los programas informatizados, en fin y, en definitiva, trabajar la esencia del cuidado "las tareas" que por su dimensión pueden llegar a ser poco medibles en términos de producto; el tan traído y llevado "producto enfermero".

Lo que sí queda claro es que para crecer como grupo y de manera uniforme, dado el intercambio y acuerdos de Bolonia, las enfermeras al igual que cualquier otra disciplina han de adecuar y consensuar su hacer como enfermeras, su rol profesional, y éste ha de ser definido en forma de competencias.

En la línea de Bunk (1994), nos lleva a considerar una tipología de las competencias profesionales entorno a competencia técnica, competencia metodológica, competencia social y competencia participativa, cuya resultante final integrada nos lleva a la competencia de acción, que como tal es indivisible. Siguiendo al referido autor, posee competencia técnica “*aquel que domina como experto las tareas y contenidos de su ámbito de trabajo, y los conocimientos y destrezas necesarios para ello*”. Posee competencia metodológica “*aquel que sabe reaccionar aplicando el procedimiento adecuado a las tareas encomendadas y a las irregularidades que se presenten*”. Posee competencia social “*aquel que sabe colaborar con otras personas de forma comunicativa y constructiva*”. Posee competencia participativa “*aquel que sabe participar en la organización de su puesto de trabajo... y está dispuesto a aceptar responsabilidades*”.

Obviamente, Bunk es un experto en metodología de la Educación, pero tampoco se ha de obviar que es precisamente ésta la que configura la competencia de cualquier disciplina.

Competencia técnica	Competencia metodológica	Competencia social	Competencia participativa
Continuidad	Flexibilidad	Sociabilidad	Participación
Conocimientos, destrezas, aptitudes	Procedimientos	Formas de comportamiento	Formas de organización
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trasciende los límites de la profesión ▪ Relacionada con la profesión ▪ Profundiza la profesión ▪ Amplia la profesión ▪ Relacionada con la empresa 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Procedimiento de trabajo variable ▪ Solución adaptada a la situación ▪ resolución de problemas ▪ Pensamiento, trabajo, planificación, realización y control autónomos ▪ Capacidad de adaptación 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Individuales: Disposición al trabajo ▪ Capacidad de adaptación ▪ Capacidad de intervención ▪ Interpersonales ▪ Disposición a la cooperación ▪ Honradez ▪ Rectitud ▪ Altruismo ▪ Espíritu de equipo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Capacidad de coordinación ▪ Capacidad de organización ▪ Capacidad de relación ▪ Capacidad de convicción ▪ Capacidad de decisión ▪ Capacidad de responsabilidad ▪ Capacidad de dirección
Competencia de acción			

Tabla.- Contenidos de las competencias (Bunk, 1994: 10)

Las competencias genéricas identifican los elementos compartidos que pueden ser comunes a cualquier titulación, tales como la capacidad de aprender a lo largo de la vida, de tomar decisiones, de diseñar proyectos, destrezas administrativas (instrumentales, interpersonales, sistémicas) y las competencias específicas relacionadas con cada área de estudio se refieren a la especificidad propia de un campo de estudio (que incluye habilidades, actitudes, conocimientos) y siguen la línea iniciada por Bunk y Levi Leboyer.

3. El Proyecto Tuning Educational Structures in Europe, en su proyecto piloto, plantea que uno de sus compromisos está en considerar los títulos en términos de resultados de aprendizaje y particularmente, en términos de competencias genéricas y específicas.

¿Qué ventajas aportan las competencias en el desarrollo curricular según el Tuning?

- A) Fomenta la transparencia en los perfiles profesionales y académicos de las titulaciones y programas de estudio y favorece un énfasis cada vez mayor en los resultados.
- B) Desarrollo del nuevo paradigma de educación primordialmente centrado en el estudiante y la necesidad de encauzarse hacia la gestión del conocimiento.
- C) Demandas crecientes de una sociedad del aprendizaje permanente y flexibilidad en la organización del aprendizaje.
- D) Se tiene en cuenta la búsqueda de mayores niveles de empleabilidad y de ciudadanía.

El Tuning propone como competencias más importantes a desarrollar: *“la capacidad de análisis y síntesis; la capacidad de aprender, la habilidad para resolver problemas; la capacidad de aplicar el conocimiento; la capacidad de adaptarse a nuevas situaciones; la preocupación por la calidad; las destrezas para manejar la información y la capacidad de trabajar autónomamente y en grupo”*.

El proyecto Tuning plantea que el curriculum de las diferentes profesiones ha de ser comparable entre los diferentes países de la Comunidad Europea (CE), apunta algunos puntos de convergencia europea en educación superior, aparecen dos conceptos: el de competencias y el de resultados de aprendizaje relacionados con las competencias.

Competencias Genéricas (Tuning)	Competencias Genéricas (Vall d'Hebron)
<p>Instrumentales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacidad de análisis y síntesis. Capacidad de organizar y planificar. Conocimientos generales básicos. Conocimientos básicos de la profesión. Comunicación oral y escrita en la propia lengua. Conocimiento de una segunda lengua. Habilidades básicas de manejo del ordenador. Habilidades de gestión de la información (para buscar y analizar información de diferentes fuentes. Resolución de problemas. Toma de decisiones <p>Interpersonales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacidad crítica y autocrítica. Trabajo en equipo. Habilidades interpersonales. Capacidad de trabajar en un equipo interdisciplinario. Capacidad de comunicarse con expertos de otras áreas. Apreciación de la diversidad y de la multiculturalidad. Habilidades de trabajar en un contexto internacional. Compromiso ético. <p>Sistémicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacidad de aplicar los conocimientos a la práctica. Habilidad de investigación. Capacidad para aprender. Capacidad para adaptarse a situaciones nuevas. Capacidad para generar nuevas ideas (creatividad). Liderazgo. Conocimiento de culturas y costumbres de otros países. Habilidades para trabajar de manera autónoma. Diseño y gestión de proyectos. Iniciativa y espíritu emprendedor. Motivación. 	<p>Instrumentales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener actualizados los conocimientos y las habilidades con capacidad para tratar situaciones nuevas, programas donde se desarrollan; Acción Tutorial (ABP), Comunicación, Manejo de la información y lectura crítica, Investigación. <p>Interpersonales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener unas relaciones interpersonales adecuadas. • Observar una conducta éticamente correcta, y eso se lleva a cabo en: Acción Tutorial (ABP), Programa de Habilidades comunicativas, Manejo de la información, Prácticas Clínicas, Asignaturas de Libre Configuración e Intercambios Sócrates/Erasmus. <p>Sistémicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener actualizados los conocimientos y las habilidades con capacidad para tratar situaciones • Mantener unas relaciones interpersonales adecuadas. • Observar una conducta éticamente correcta Esto se lleva a cabo en los programas: Habilidades clínicas, investigación, Prácticas clínicas, acción tutorial (ABP) y asignaturas optativas y de libre configuración
<p>Competencias Específicas Enfermeras</p> <ul style="list-style-type: none"> • No constan 	<p>Competencias Específicas Enfermeras</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colaborar en la Promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad. • Proporcionar cuidados enfermeros a las personas en situaciones específicas mediante un método sistematizado. • Gestionar la prestación de cuidados enfermeros

Blanco, Torrens, Zapico, EUI. Vall d'Hebron 4-2-2004 elaboración propia.

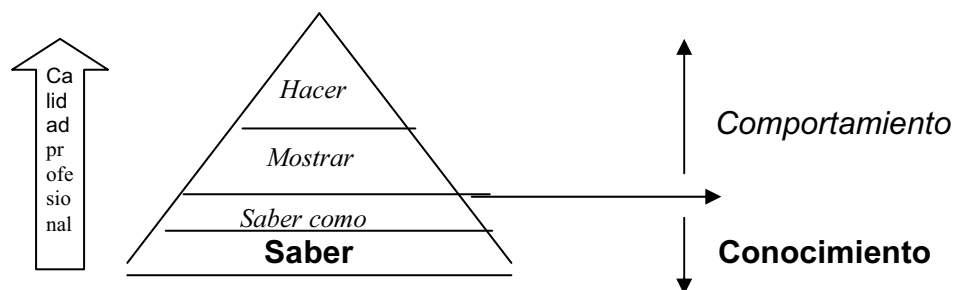
Medir la aportación de la enfermera en el coste sanitario, significa cómo medir las competencias, y para ello, veamos qué nos dice Brailovsky (2001) sobre el tema:

Para Brailovsky (2001) la competencia es un constructo complejo, multifacético y multivariado, multidimensional a menudo en relación con una situación multidisciplinaria, en particular en el campo de la salud (medicina, enfermería...).

Para la evaluación de la competencia plantea dos elementos a tener en cuenta:

1. Solo se puede evaluar lo que se puede observar.
2. Siempre hay que identificar y definir los objetivos que los estudiantes deben alcanzar al finalizar una actividad de formación.

Brailovsky afirma que personalmente prefiere hablar de habilidades; un conjunto de habilidades forman la competencia. ¿Qué es la competencia? Se han propuesto muchas definiciones de competencia Shon, en 1987 define la competencia como *“la capacidad de resolver problemas seleccionando, aplicando y ajustando los conocimientos para afrontar problemas en contextos estables”*. Siguiendo a Brailovsky, Kane (1992) propone una definición más dinámica y define la competencia profesional para un individuo dado como *“el grado de utilización de los conocimientos, las habilidades y el buen juicio asociados a la profesión, en todas las situaciones que se puede confrontar en el ejercicio de la práctica profesional”*



Pirámide de Miller (2001) citado por Brailovsky

Medir *“el grado de utilización de los conocimientos, las habilidades y el buen juicio asociados a la profesión, en todas las situaciones que se puede confrontar en el ejercicio de la práctica profesional”* Kane (1992) se puede contrastar objetivamente analizando los resultados de la resolución al problema planteado por

cada uno de los encuestados de este trabajo. Por tanto, bien sea trabajando desde la óptica "utilización de un marco conceptual como es el de la Escuela de las Necesidades (por ser el mayoritario en el ámbito catalán) o desde el proyecto NIPE cuyo énfasis se centra en las intervenciones enfermeras de acuerdo a los Grupos de Diagnósticos Reunidos (GDRs), es una combinación de Diagnósticos médicos y Diagnósticos enfermeros en interrelación continua de donde derivan los procedimientos a seguir por las enfermeras.

La controversia está servida, sin olvidar que sólo tenemos 25 años de puesta en escena, lo que sí es cierto, es que reafirmo mis hipótesis de partida, y que hemos crecido al incorporar nuevas tareas en:

Conocimientos (nivel conceptual y metodológico de la discusión)

Habilidades (Cognitivas e instrumentales: Modelos de Gestión de la Calidad, GDRs, y Normalización de la práctica enfermera)

Actitudes nuevas frente al concepto de "cuidar": Dar y recibir vida: Dar es igual a donar, entregar, entregarse (v.t.): Recibir es igual a percibir, admitir, aceptar. Vida es igual a fuerza o actividad interna substancial, mediante la que obra el ser que la posee. Unión del alma y el cuerpo. Las tareas son trabajar las ideas sobre la salud y los hábitos de vida de las distintas culturas, pues así servirán de base para prestar unos Cuidados Específicos a esa cultura. Para Watson al igual que para Leininger, los Cuidados son la esencia de la enfermería y el rasgo distintivo, dominante y unificador de la misma.

Independientemente de cual sea la filosofía escogida a la hora de definir qué es cuidar, no podemos obviar que cada una de estas opciones presentan unas tareas bien definidas como la esencia del cuidado. La profesión de enfermería, aunque no ha utilizado sistemáticamente las teorías de enfermería, desde hace unos años y más en las últimas décadas ha mantenido una visión integral de la vida y de la sociedad, la formación en teoría y modelos, hasta la década de los años 80, ha permitido fundamentar la intuición enfermera de sus prácticas, en cuidados integrales que ya no sólo se dirigen al cuerpo humano sino a la administración de cuidados integrales (bio-psico-sociales) a la persona, familia y comunidad (en fase creciente de desarrollo).

El análisis de las respuestas de las enfermeras, identificar los puntos hacia los que los enfermeros dirigían su atención con más interés, la forma que han utilizado en describir los datos observados, que les ha permitido tomar decisiones, es lo que ha permitido la clasificación según se aproximaba más conceptualmente a las premisas de una Escuela de Pensamiento u otra.

La idea central de la pregunta sobre ¿qué es cuidar? Y la petición de que describieran el último acto profesional realizado en el que hubieran percibido un problema, encaminaba a relacionar el concepto de percepción del problema y el juicio a la hora de solucionarlo.

Si las personas encuestadas diferían en sus modos de percepción y de juicio, obviamente, llegar a conclusiones, tomar decisiones o formarse opiniones, describe el modo de llegar a un juicio sobre lo percibido.

El modo de tomar decisiones inclinó la balanza hacia el Pensamiento que lo guiaba, las Escuelas de Pensamiento y dentro de éstas, los Modelos más evidentes.

Es por ello, que el futuro de las enfermeras, rico en saberes y experiencias, si tenemos en cuenta los modelos de supervivencia profesional propuestos por Gottlieb Laurie (1997), de los resultados del trabajo de campo, se perfilan fundamentalmente dos modelos de supervivencia profesional: el de "Co-opetition" y el de "Difusion".

El Modelo de Competición: modelo de enfermera "practicien" con capacidad de diagnosticar y recetar tal como existen en Canadá y actualmente en el Reino Unido, de momento, aquí, legalmente no existe.

Dentro del modelo de "Co-opetition" (Branderburger et Nalebuff 1996 en Gottlieb 1997), define las *"relaciones profesionales como complementarias y concurrentes"*. El modelo parte de las nociones de cooperación y competencia. Según este modelo, todas las profesiones son iguales y cada una aporta una contribución específica y única. No obstante, cada profesión recorta sus funciones, competencias y roles de otras profesiones, lo que genera tensiones y un clima de competencia.

Es en este modelo donde se pueden encuadrar casi todas las orientaciones de cuidados de las encuestadas, los límites cada vez más flexibles de los quehaceres sanitarios permite a las enfermeras (a través de las competencias demostradas) ganar espacios profesionales nuevos, la realidad nos sitúa en la cantidad cada vez más cuantitativa y cualitativa del número de enfermeras, (a imitación del modelo anglosajón) que reciben el nombre de enfermeras clínicas, que están cualificadas como tales y son el referente del Centro que las tienen contratadas. (Ej. Enfermera Clínica en ostomías, alimentación enteral, en prevención de lesiones por presión (UPP). La formación, competencia y reconocimiento profesional "ayudan a buscar su lugar" para adaptarse a las situaciones sanitarias complejas y cambiantes, el servicio de calidad ofrecido a la sociedad hará que el rol enfermero sea cada vez más reconocido (y no tan solo su amabilidad, que ya es importante) y requeridos sus servicios.

Al Modelo de Difusión, se podrían adjudicar, sobre todo, a las enfermeras que llevan las consultas del "Nen Sa" (Control del niño sano), vacunaciones y control antropométrico; labor que podría realizar el pediatra.

Dados los resultados, estamos en condiciones de asegurar la confirmación de las hipótesis, nuestras enfermeras han adquirido más conocimientos y por lo tanto, más competencias; un 61% han realizado cursos de perfeccionamiento profesional de diferente rango académico.

Nos encontramos ante una *población joven* (≈ 30 años) y en plenitud de sus potencialidades físicas e intelectuales. En cuanto al *ámbito de trabajo*, la Región sanitaria de Barcelona Ciudad se lleva la palma con el 45% de los encuestados, hay que decir, que Barcelona ciudad cuenta con una población de 1.505.581 habitantes.

En cuanto al *Centro de trabajo*, el 30% trabaja en Hospitales públicos, el 23% en los Centros de Atención Primaria (CAPII), el 19% en el CAP I (genéricamente se conoce por ABS), todos ellos de titularidad pública, (el mayor empleador). En cuanto a la *formación*, el 61% (96 personas), es decir, casi dos tercios, han realizado formación tras finalizar la carrera; los porcentajes de personas que realizaron cursos por años desde que acabaron los estudios, destacan claramente en el gráfico que la franja de 6-8 años el 29,3%, han realizado cursos frente al

10,9%; y los que hace más de ocho que han acabado los estudios, un 22,8% frente a un 6,5% que no han hecho nada. También se ha de destacar que 61 personas (el 39%) no han realizado ninguna formación.

Del resto de la información recogida, sólo once personas dicen tener *experiencia docente* (docencia en prácticas de los estudiantes de enfermería), y participación en la formación continuada de los Centros donde trabajan; Dos personas han *publicado* sendos trabajos: " E: 62: " Los profesionales de la salud ante el Alzheimer" y E 162: "Dolor de espalda en el personal asistencial".

Nueve personas han presentado *comunicaciones y/o ponencias*, y ocho participan en, diferentes *Comisiones*.

Se puede, con cierta prudencia dado el limitado número de encuestados, afirmar las hipótesis de partida y algunas de las preguntas de inicio:

- Las tareas profesionales han avanzado y este avance está en relación con la formación universitaria de los últimos veinte años: los indicadores que nos permiten contrastar la hipótesis es que se ha pasado de una formación centrada en las técnicas clínicas de cura y tratamiento médico a la ampliación de curas dirigidas a la promoción y prevención primaria, secundaria y terciaria en la historia natural de la salud - enfermedad; programas de autoayuda profesional, de formación específica en cuidados, gestión, investigación, así lo avalan.
- Las tareas que han hecho avanzar las prácticas de las enfermeras están relacionadas con el proceso de resolución de problemas y toma de decisiones, la implantación aquí en Catalunya del modelo de cuidados y por tanto de registros del marco conceptual de V. Henderson (Escuela de las Necesidades), implica el método de resolución de problemas para poder ayudar, suplir, reforzar, a las personas en aquellas situaciones en las que la persona no pueda llevar a cabo las acciones por sí misma, bien por falta de fuerza física - psíquica, conocimiento y voluntad. La toma de decisiones se produce en el proceso de resolución de problemas cuando la enfermera establece las actividades pertinentes a la situación, que puede pasar por una relación de ayuda pactada (si la persona es consciente de su situación) o por llevar a cabo

las tareas que permitan a la persona recuperar lo más rápidamente posible su independencia.

- Las actividades de cuidado son difíciles de identificar porque se enmarcan en ideas abstractas (modelos de enfermería), normalmente fruto de tesis doctorales y poco experimentados en la realidad del día a día del quehacer de las enfermeras, si exceptuamos a V.Henderson en Catalunya (España), Québec (Canadá), y Francia; el modelo de Nancy Roper et al. (1980)⁴. de la misma Escuela en Inglaterra que es utilizado por el Servicio Nacional de Salud (NHS) como guía de la práctica, la investigación y la educación de enfermeras (Marriner 2003).

Cuando hablamos de dificultad para identificar qué es cuidar, nos basamos en las investigaciones de:

- ✓ Domínguez-Alcón (1989) nos define cuidar como *“un fenómeno universal que se expresa con acciones y esas acciones son diferentes según las distintas culturas, por parte de quienes dan cuidados y de quienes los reciben, según las personas, experiencias y significados. Cuidar es tan familiar que es muy difícil definir. En cualquier caso, se ha profundizado muy poco en el concepto global del cuidar”*.
- ✓ Forrest (1989) investigó lo que cuidar significa para los profesionales de enfermería que practican la enfermería. De los resultados obtenidos se desprende que cuidar es: sobretodo una experiencia mental y emocional que surge de sentimientos profundos por la experiencia del paciente/usuario. Al ser capaz de ponerse en lugar del paciente/usuario permite a la enfermera *“poner al paciente/usuario primero”* tanto en su mente como en sus acciones. Para las enfermeras de este estudio *“el arte de cuidar es sinónimo de enfermería”* y consecuentes con las tesis de Roach (1984) de que cuidar surge por un interés profundo por la humanidad, es decir, *“cuidar a” es “preocuparse por”*, que por otra parte, es la principal tarea de la filosofía, desde las escuelas helenísticas, y que consiste en librar al hombre de sus preocupaciones.

4. Nancy Roper et al. (1980) estructuró su modelo en 1976, a partir de 1980 se asocia con Logan W., y Tierne A., publicando su primer libro conjunto en 1981

- ✓ Pierre Hadot (1996). Cuidar en definitiva incluye como actividad humana: *subjetividad e intuición. Las investigaciones en este campo han de responder a la realidad de los fenómenos estudiados.*

Y, de las respuestas de la encuesta del trabajo de campo ¿Qué es cuidar?; éstas se mueven entre: cuidar es ayudar, acompañar, proporcionar bienestar, servir o dar atenciones a las personas sanas o enfermas, saber estar con la persona enferma o no y en general que con todas las personas que necesitan ayudan en el ámbito físico, psíquico, social y/o espiritual. Las acciones que nos ayudan a identificar y dar significado a qué es cuidar se identifican con aquellas acciones que consisten en librar al hombre de sus preocupaciones para centrarse en sus propios recursos para conseguir de nuevo su independencia en la toma de decisiones sobre su vida, salud, en definitiva sobre su vida. Si nos atenemos que lo que dice Pierre Hadot (1996) es "*preocuparse por*", que por otra parte, es la principal tarea de la filosofía, desde las escuelas helenísticas, y no hemos de olvidar que el modelo de Virginia Henderson es un modelo filosófico cuyo lema más significativo es que todo profesional "*debe ponerse en el lugar de todos sus paciente/usuarios para saber cuáles son sus necesidades*". Henderson creía que las tareas de médicos y enfermeras se solapan, afirmaban que las enfermeras trabajaban interdependientemente con otros profesionales; sus bases conceptuales se basaron en su capacidad de *absorber* todas y cada una de las influencias que hicieron posible su definición de la enfermería, la delimitación de las funciones de enfermería autónoma, la importancia de los objetivos de interdependencia para el paciente/usuario y la creación de los conceptos de autoayuda, conceptos que a su vez influyeron en futuros investigadores enfermeros que ayudaron en la construcción conceptual de la acción enfermera reflexiva.

Friedman (2003) en "*Autonomía Profesional comparada con otros tipos de estrategias para el mantenimiento del control social y de tareas*" trabajo presentado en European Sociological Association Meeting en el congreso de septiembre en Murcia, expuso según Mintzberg, (1979), los tres "*diferentes aspectos del trabajo*

que pueden constituir la base clave para el control de tareas: las entradas, los resultados y los procesos”

A partir de esta idea central elaboraron los tipos de estrategias para el mantenimiento del control en el proceso laboral que centra la atención gestora en los dos últimos: *“Autonomía responsable, basada en los incentivos ligados a los resultados, y control director, basado en una medición detallada de los procesos y/o sobre la atenta supervisión personal de los procesos”*. Friedman (1977; 1990; 2000)

Aquí, la autonomía profesional como tercera estrategia para el mantenimiento del control sobre el proceso laboral, basado en el foco de la atención en las entradas, está elaborada y es comparada con las otras dos estrategias. Se estipula que cada uno de estos tipos de estrategia tiene una característica específica que subraya la gestión de la tecnología, que funciona como un “ideal” de control social. El foco central del control directo es la medición y la comprensión requerida sobre la tecnología de producción mediante el ideal de ingeniería.

Para una autonomía responsable, es la motivación y el servicio requerido para comprender los incentivos a menudo expresados mediante el ideal de relaciones humanas o la comprensión humana. Para una autonomía profesional, es la competencia y las técnicas para traducir la capacidad en actuación coherente basada en el conocimiento y la socialización. A menudo esto viene expresado por el ideal de confianza y obligación hacia la conducta “honorable/caballerosa/profesional.

Las actuales situaciones laborables están influidas por combinaciones de estos tres tipos básicos de estrategias de control. Se argumenta que hay una conexión entre los costes de oportunidad de cada tipo de estrategia y características de las propias tareas laborales, el marco conceptual organizativo, los mercados de producto y laborales, las asimetrías de información entre los diferentes actores y el amplio apoyo social hacia éstos, ideas que se encuentra tras cada tipo de

estrategia. Al elaborar estos tres tipos de estrategias relacionados entre sí, se sostiene aquí que perspectivas útiles pueden estar generadas por las proposiciones de profesionalización, desprofesionalización y proletarización, y la interrelación entre ellas.

Definiciones del término “profesional”

La definición de un profesional es controvertida. Los profesionales, habitualmente despreciados en la literatura sociológica a mediados del siglo, fueron identificados por *“un área de la experiencia especializada que requiere la formación avanzada que resulta en alguna forma de certificado y por la existencia de un código ético de conducta”* (Greenwood, 1957; Parsons, 1939; 1968; Hall, 1968; Wilensky, 1964). Se da por supuesto que ambos son regulados por un cuerpo de profesionales. Los profesionales se supone que ejercitan el autocontrol, y la responsabilidad por los resultados de los servicios a través de la comunidad profesional institucionalizada por el cuerpo profesional. Al verse orientados hacia los intereses comunitarios antes que a los propios, se suponía que estaban comprometidos con una vocación. La forma de esta institucionalización fue considerada por Parsons, y con mayor intensidad por Durkheim, como un contrapeso al materialismo mercantilista y la autoridad burocrática. Para Parsons, las profesiones son una *“compañía entre iguales, con una acción corporativa llevada a cabo por procedimientos democráticos que incluían el debate de acuerdo a unas reglas así como la votación democrática (1970: 124, en Friedman 2003:2)”*.

Para Friedman (2003: 3) *“Un segundo conjunto de ideas opuestas se centra en la posición de monopolio de los profesionales y la manipulación estratégica de las percepciones públicas y las instituciones estatales para asegurar y defender el poder monopólico. Esta posición se desarrolló en los 70 y los 80 y está en ascenso actualmente en la literatura sociológica sobre profesionales”*.

Según Larsons (1977; xvii en Friedman 2003: 3), muchas ocupaciones incluyen *“un conocimiento y unas habilidades especializadas, pero lo que distingue a los profesionales es que trasladan estos recursos en recompensas sociales y económicas. El proceso de profesionalización implica la manipulación de las*

percepciones sobre el grado de habilidad y discrecionalidad necesario para llevar a cabo sus tareas y por la monopolización de su dominio de las tareas mediante el control de la entrada mediante el certificado exigido”.

Según Abbott (1988; 8-9), es a través de la “*creación de un cuerpo teórico, un sistema de conocimientos gobernado por abstracciones*”, que subraye sus habilidades, como una profesión puede “*redefinir sus problemas y tareas, defenderlas de intrusos y abordar nuevos problemas*”. Esta segunda perspectiva no pone de manifiesto otros valores profesionales que el propio interés.

Siguiendo con el discurso de Friedman (2003: 3), éste comenta, “*aquí, adoptamos un punto de vista que combina las dos posturas de una forma especial. Nuestra postura puede estar caracterizada como procedente de una perspectiva realista crítica (ver Bhaskar, 1989; Archer, 1995; 1996). Adoptamos un punto de vista estratégico, pero sin ignorar el elemento ético y valioso de la perspectiva más tradicional. También creemos que hay factores técnicos o estructurales que, junto con factores estratégicos, afectan a la probabilidad de que ciertas profesiones fueran cuestionadas y la probabilidad de éxitos de intrusos o titulares. Sin embargo, hay interacciones e influencias mutuas entre estrategias y la percepción de posibles movimientos estratégicos por una parte, y factores técnicos y estructurales, por otra, las cuales sólo se producen a lo largo de largos períodos de tiempo.*

Los factores técnicos y estructurales se relacionan con el grado de incerteza y complejidad involucradas en las tareas actualmente exigidas en profesiones en particular, así como las percepciones tanto de paciente/usuarios individuales como del público en general sobre el grado y la naturaleza de la pérdida que puede producirse si esos servicios profesionales no se llevan a cabo con un determinado estándar (en términos tanto de competencia como de ética). Los factores estratégicos están relacionados con el intento por parte de los profesionales y otros (grupos profesionales competidores y complementarios, gerentes de profesionales, el Estado) para alterar la incerteza y la complejidad involucradas en tareas típicas, para influir en las percepciones de paciente/usuarios y público en general sobre la

capacidad de los profesionales titulares para proveer servicios de manera coherente con un posible estándar, y para influir en las percepciones de pérdida si los servicios no se adecuan al estándar”.

En cuanto a la Autonomía profesional como resultado Friedman comenta:

“La autonomía profesional puede estar considerada como un resultado de ambos puntos de vista de la definición de profesional, pero en el caso de la perspectiva tradicional sobre ética/experiencia, la autonomía se considera justificada. En el punto de vista de poder monopólico estratégico, se considera como menos legítima. Tendiendo en cuenta la base de trabajo profesional como tarea compleja, y especialmente incierta en el sentido de ser variable y ambigua, significa que es difícil pre-establecer o codificar el trabajo profesional en función de unas reglas. Incluso cuando se identifican procedimientos que capten el conocimiento laboral típico, en el aprendizaje de la profesión es necesario dominar estos procedimientos y deben desarrollarse otras habilidades más básicas con el fin de manejar la restante variabilidad y ambigüedad de las necesarias tareas “; (dentro de la enfermería, las técnicas de comunicación, relación, autoayuda). Pero hay condiciones excepcionales que no pueden ser claramente especificadas de antemano. (¿Cómo codificar la ayuda en una situación de sufrimiento espiritual?, la enfermera tiene difícil poder medir su proceso y su producto) Proceso: de entre otras, apoyo emocional, potenciación de la conciencia de sí mismo, y resultado: conseguir el bienestar espiritual, (aquel que facilita el crecimiento personal). Según el punto de vista tradicional de ética/experiencia, estas tareas características requieren de profesionales a quienes se garantice el derecho a ejercer su propio juicio (lo que las enfermeras Clínicas denominan "juicio clínico"). El argumento para la autonomía se hace además por la incapacidad de evaluar con claridad de actuación de los profesionales por medidas de resultados. Si las tareas son ambiguas, el profesional que desempeña la tarea tendrá una mejor idea de la dificultad de la tarea que un gerente o el paciente/usuario que recibe el servicio. Sin poder controlar las tareas en el proceso de servicio, e incapaz de juzgar la productividad por medio de resultados, (producto enfermero), gerentes y paciente/usuarios deben fiarse no sólo de la capacidad de los profesionales y sus

competencias sino que deben fiarse del deseo del profesional de usar sus mejores recursos para obtener lo que sea mejor para el paciente/usuario y el empleador. Es decir, hay que confiar en que elegirán usar su habilidad de juicio y su competencia de una forma ética, de acuerdo a la ética de su obligación como profesional (Código deontológico, y últimamente, Decálogo Profesional de la Enfermería Española del Consejo General de Colegios de Enfermería y La profesión de enfermería, principios y líneas estratégicas, de CatSalut, Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya).

Para Friedman, según *“el punto de vista del poder monopólico estratégico, la autonomía es el resultado de movimientos estratégicos por parte de los profesionales, principalmente a través de sus asociaciones, para crear un aura de misterio en torno a las tareas llevadas a cabo por los profesionales mediante el control de las calificaciones de la educación y mediante la autorregulación, además, restringen el mercado laboral de los profesionales al controlar la entrada mediante calificaciones”*. (En la actualidad, el propio Colegio de Enfermería sugiere algunas líneas de trabajo, que por ahora, no son controladas por el propio Colegio, susceptibles de incorporarse al currículum profesional como un área propia de actuación, entre otras: Resolución de Conflictos y Mediación Sanitaria. Esta nueva formación, tiene como objetivos formar profesionales especialistas en mediación sanitaria, es decir, una formación capaz de crear una sinergia entre los estudiantes provenientes de diferentes disciplinas del campo de la salud i crear una red de interventores en los conflictos sanitarios capaces, con su presencia, de resolverlos. La mediación es un sistema alternativo de resolución de conflictos cuando la comunicación ha hecho imposible el entendimiento entre las partes. Otras áreas susceptibles de incorporarse como propias son las llamadas **terapias complementarias o naturales** y de éstas, Introducción a la medicina tradicional oriental, Masaje infantil, Masaje terapéutico, Reflexoterapia podal, nivel básico y

Reflexoterapia podal, nivel avanzado. Taller: masaje ayurvédico, Terapia floral del Dr. Bach, nivel básico y Terapia floral del Dr. Bach, nivel avanzado¹¹.

Está claro que para las futuras profesiones sanitarias, las nuevas metodologías de enseñanza, ponen al alcance de todos los conocimientos científicos que sustenta cualquier tarea)

Como ha demostrado Friedman, los estrictos mercados laborales contribuyen a una mayor autonomía de trabajo bien al fortalecer la negociación del poder de trabajadores individuales y sus sindicatos, bien animando a los empleadores a cambiar de un control directo a un tipo de estrategia de autonomía. Según Den (citado por Friedman), la autonomía profesional es: *“el resultado de las estrategias de grupos ocupacionales/profesionales organizados que históricamente es precursor del aumento del capital monopolizador... [y] representa el resultado de la competición y el conflicto entre grupos de profesionales y gerentes y no directamente el resultado de lucha de clases en el lugar de trabajo, un componente esencial del análisis original de Friedman”* (1993; 247).

De las tres estrategias descritas por Friedman, sólo me detendré en las dos que creo más se relacionan con la propia situación del colectivo enfermero: La autonomía responsable y la autonomía profesional.

...Tras el análisis de médicos en el Reino Unido, Dent llegó a la conclusión de que con la aceptación de la auditoria médica en el Servicio Nacional de Salud (NHS) Británico en 1981, los médicos *“admitieron que la autonomía clínica está sujeta en este momento a la restricción de recursos. Finalmente, la profesión ha acordado aceptar más “autonomía responsable” dentro del NHS y cooperar en la introducción de gestión de recursos y nuevos sistemas de control de calidad”* (Dent, 1993: 265 en Friedman 2003:4).

...".*La contradicción fundamental de los tipos de estrategia de autonomía responsable también se produce como consecuencia de un fallo en el ideal general*

¹¹ 5.- Partiendo de los principios planteados por la Homeopatía, cada una de estas escuelas agrupa ciertas especies de plantas silvestres con las que hacen sus preparados. Estos remedios alivian los estados mentales negativos que pueden originar enfermedades.

o filosofía subyacente de estos tipos de estrategia. La idealización es que los trabajadores están siendo tratados como si sus intereses no fueran diferentes de los de la dirección o la organización en su totalidad. “Una gran familia feliz” es una metáfora habitual utilizada para definir las estrategias de autonomía responsable. Otra es la de la capacitación (empowerment) o que todos los miembros de la organización reciben apoyo y estímulo para “realizar su potencial” a través de su contribución a los objetivos comunes de la organización. En la práctica, se pueden reconocer diferencias de intereses que son, sin embargo, consideradas como despreciables en comparación con la presunción general de un interés común en el bien de la organización como un todo. En ocasiones, o en ciertos contextos, el material primario y los intereses emocionales de los trabajadores y los de la organización pueden coincidir, por ejemplo, en lo que se refiere a posibles competidores de la organización o en relación con la normativa gubernamental que afecte a los mercados de sus productos. Sin embargo, los intereses no coinciden en temas como salarios y niveles de esfuerzo, y pueden no coincidir en temas como distribución de tareas, políticas de inversión o receptores de donaciones políticas o de beneficencia. Las diferencias de intereses se hacen especialmente agudas cuando las organizaciones necesitan recortar costes y, en particular, reducir personal. En ocasiones como estas, la gran familia feliz sufre la presión y pierde credibilidad. Los apoyos característicos necesarios para la autonomía responsables suelen estar relacionados con factores de amplia motivación, como apelar a la lealtad hacia la organización y hacia directivos en particular, alentar los sentimientos de rechazo hacia los competidores, de orgullo por pertenecer a una entidad superior, de responsabilidad hacia la situación de miembros de más bajo nivel de la organización. Hay muchas formas de destacar esos sentimientos y puede que sean necesarias buenas instalaciones y eventos sociales (recreativos, deportes y otros medios de cruzar la frontera entre vida laboral y no laboral)”

En este sentido, es cierto que se suelen crear grupos con afinidades comunes que generan un sentimiento de pertenencia a la organización, incluso cuando forman parte de asociaciones deportivas, las enfermeras cuentan con 44 asociaciones al largo y ancho del estado español, en Catalunya, La Associació Catalana d’Infermeria (ACI) es una institució en sí misma.

....Puede que se necesite desanimar la adopción de otras fuentes alternativas de lealtad (rotación de puestos de trabajo, especialmente si incluyen el desplazamiento geográfico). Y puede que sea precisa una evidencia de compromiso hacia la seguridad del empleado, como puede ser un sistema de ayuda para períodos difíciles. Esta estrategia no es precisamente la más cuidada por las propias organizaciones. En general, se cree que el profesional/trabajador se siente más vinculado a la empresa que ésta con los trabajadores. Éste sería el caso del colectivo enfermero.

....El ideal general o filosofía subyacente de la autonomía profesional es que la profesión, como se pone de manifiesto por sus características de cualificación y por su cuerpo profesional, va a garantizar un alto nivel de provisión de servicios en términos de competencia y estándar ético. La presunción es que la cualificación profesional va a asegurar un alto nivel de calidad de los servicios profesionales del individuo que proporciona los servicios. La garantía no sólo consiste en que cada profesional es capaz de ofrecer un servicio con un estándar alto, pero también que se comportará de tal manera que podrá garantizar que el profesional utilizar su "juicio profesional" (con la cooperación del receptor) para ofrecer el servicio y el nivel del mismo que mejor cubra las necesidades del paciente/usuario.

La autonomía profesional se basa en la presunción de que los profesionales trabajan de acuerdo a un ideal de servicio y por tanto se puede confiar en que actuarán en beneficio de las necesidades de sus paciente/usuarios independientemente de sus propios intereses personales y/o sentimiento e ideas respecto del paciente/usuario. Y también a veces independientemente del juicio (no profesional y por tanto posiblemente poco fundado) del paciente/usuario con respecto a sus propias necesidades. La contradicción que se esconde tras la autonomía profesional es que una cualificación inicial no puede garantizar por sí sola la competencia o la conducta ética. Puede (imperfectamente) medir la capacidad en el momento del certificado. Sin embargo, una presunción clave que subyace en la autonomía profesional es que el profesional actuará para utilizar sus habilidades en el interés de las necesidades de su paciente/usuario. Esto supone:

a) que las habilidades se han ido actualizando desde la cualificación

b) que el profesional es capaz de discernir cuándo es apropiado ejercer habilidades y conocimientos específicos

c) que el profesional desea actuar en interés de las necesidades de su paciente/usuario incluso si ello supone desventaja material y/o emocional para él (aquí entraría en juego el concepto de vocación que los profesionales de enfermería sea cual sea su tendencia evocan continuamente).

El apoyo a la autonomía profesional se basa en la confianza de que la posesión de un certificado garantiza tanto la competencia como la conducta ética, tal como se define más arriba. *“Esta garantía está respaldada por el cuerpo profesional y, a menudo, detrás se encuentra el reconocimiento estatal con los exámenes para obtener permisos del Estado, en algunos casos (Macdonald re USA, 1995)”*.

Esto conduce, en efecto, a la garantía de una posición monopólica por parte del estado al requerir de aquellos que practican la profesión en ciertos ámbitos la posesión de certificados específicos expedidos por la profesión, las universidades y/o el estado. La garantía puede apoyarse por códigos éticos y mecanismos disciplinarios asociados a la evidencia de incompetencia o incumplimiento de los códigos. La garantía también puede apoyarse en el intento de conferir estatus a las profesiones en particular, cuerpos profesionales y practicantes que animan a las personas a utilizar los servicios profesionales tal como están garantizados en contraposición a otros tipos de servicios o la autoprovisión. Esto puede conducir a una serie de formas, incluyendo los grandes oficios de algunos cuerpos profesionales, el mantenimiento de un perfil alto del cuerpo profesional en términos de realizar pronunciamientos de opiniones sobre temas relacionados con la práctica de la profesión (Consejo General y/o Colegios). También puede adoptar la forma de desvincularse de prácticas profesionales alternativas. Abbott, en concreto, ve el sistema de profesiones *“como un sistema en el que existe competencia entre profesiones y posibles profesiones por la jurisdicción sobre el uso de áreas de conocimiento”*.

Además, está la expectativa por parte de los receptores de que necesitan el servicio en cuestión y que tiene que ser ofrecido por un profesional. Idealmente, debería haber reconocimiento entre posibles receptores de que el servicio es

necesario y de que no puede ser ofrecido por ellos mismos o por otras personas no cualificadas (o con cualificaciones diferentes, en este sentido es interesante lo que ya en 1951 expuso Virginia Henderson ante el Consejo General de Enfermería, “*los pacientes/usuarios esperan ser atendidos por enfermeras profesionales y no por otros*”).

Como Conclusiones

Friedman y Dent nos han ofrecido un análisis preliminar que hace posible entender el concepto de autonomía profesional y las estrategias para conseguirla:

- * Distingue la autonomía profesional como un tipo de estrategia para el mantenimiento del control social y de tareas, comparada con la autonomía responsable y el control directo.

- * ofrece un análisis preliminar de las circunstancias bajo las que el control que podría esperar que persiguiera cada tipo de estrategia, y la forma en que podrían ponerse de manifiesto presiones para cambiar los tipos de estrategia.

- * A su vez, esto nos permite empezar a afrontar temas como la profesionalización, la desprofesionalización y la proletarización en algo más que un amplio nivel macro.

Aspectos estos últimos estudiados en la profesión médica, las enfermeras que a duras penas están consiguiendo con el Modelo de Co-opetition (Cottlieb, 1997) una cierta autonomía que se mueve entre Escila y Caribdis, es decir, autonomía responsable y ansias de autonomía profesional. La proletarización es un sentimiento que ha impregnado e impregna las tareas de las enfermeras.

Erik-Oddvar Eriksen, Lars Inge Terum y Hanne Kilen en su aportación al Congreso, nos presenta a *los Profesionales como guardianes del estado de bienestar: En los límites del conocimiento profesional*

Su tesis parte de que... “*los profesionales del estado de bienestar tienen autonomía decisoria (discreción) y están autorizados a tomar decisiones en nombre de la sociedad en relación con quién obtendrá el qué, cuándo y cómo. En términos de su base de conocimiento y profesionalidad, están autorizados a decidir cómo abordar un problema y recomendar la acción encaminada a la solución de*

problemas. Analiza la base para la discreción profesional en relación con el papel del generalista como guardián dentro del sistema de la seguridad social de Noruega. Se base en un estudio llevado a cabo en 1999, en el que 360 generalistas evaluaron dos casos de discapacidad. Cuando se evalúan dos cuadros idénticos, los médicos definieron y clasificaron de manera significativamente diferente la situación médica de los paciente/usuarios y su posible capacidad para ganarse la vida en el futuro. Las decisiones del generalista no sólo están basada en el conocimiento científico bien documentado sino también en opiniones personas e ideas políticas. La variación en el juicio representa una amenaza para la certeza legal: casos iguales se tratan de manera desigual". Su tesis se puede trasladar a nuestro contexto y no sólo en relación a la profesión enfermera, si como dice Ugalde (2004), nos podemos convertir en manejadoras de etiquetas diagnósticas preestablecidas, no todas las enfermeras aplicaran la misma delante de una situación similar, tesis que plantea Watson (2004).

Capítulo X. Conclusiones

QUIEN DICE CAMBIO.....

Según algunos teóricos o técnicos en investigaciones sobre el cambio dentro de las diferentes culturas y tradiciones de las organizaciones, el cambio es rápido, lo que es muy lento es la transición (William Bridges, 2004). Lógicamente para que sea posible dar el salto cualitativo hacia el cambio, lo primero es que ha de darse *una nueva situación* (en el caso de la enfermería, la entrada de sus estudios a la Universidad con pleno derecho al igual que el resto de profesiones de la Sanidad. Cuando analizamos estos 27 años desde la entrada en la Universidad, en la que tantas expectativas e ilusiones habíamos puesto, la realidad, vista hoy día, es incluso mejor de lo previsto. Plantearse un cambio de una organización anclada en su pasado hasta cierto punto glorioso (en el sentido de servicio a Dios a través del servicio en la sanación de los hombres), hizo que la profesión se dividiera en dos, por no decir tres orientaciones:

- una, las que rápidamente creyeron intuir el cambio (en unos 5 años máximo), este entusiasmo mostrado al límite llevó a pensar que conquistar el mundo profesional, una vez conseguida la convalidación de los antiguos estudios sería coser y cantar (era como si por ósmosis, todos entenderíamos lo que se nos estaba pidiendo y que este cambio de discurso, no entrañaría más complicación que ponerse a ello) La desilusión devino también rápidamente (Ver Alberdi, 1988);
- dos, las que desde la práctica veían el cambio a largo plazo, no sin escepticismo, dado el discurso imperante dentro de las propias Organizaciones tanto laborales como profesionales. El cambio de discurso se veía como algo inalcanzable, pocos creyeron en ello y a éstos debemos el cambio, desde la Escuela de Salud de Andalucía, desde la Escuela de Salud Pública de Alicante, desde diferentes colectivos en los que se fueron integrando líderes desconocidos para la gran mayoría que habían hecho posible con su trabajo introducir el deseo de la profesión en la Universidad. Veinte años no son nada, según el dicho popular, en 27, creo que se puede estar orgulloso de la transformación de la profesión no tan sólo desde fuera

sino desde dentro. Indudablemente, si vemos las opiniones tanto de los líderes como desde la propia profesión, es positivo, aunque la enfermería continua adoleciendo de ese sentimiento tan español de queja e inconformismo (me lo han de dar) en contra de (lo he de hacer).

- Y, por último, las que decidieron esperar a ver qué pasaba (en la actualidad, visto el éxito del cambio, el Consejo de Universidades ha dado otra oportunidad para que puedan convalidar el título de ATS y no se queden al margen del futuro de la profesión.

Vemos , pues, que la verdadera cuestión del cambio radica no en sí mismo sino en la transición hacia el cambio; para ir hacia el futuro, la organización enfermera tuvo que lidiar con todos los elementos del sistema en el que evolucionaba, (Master no aptos para enfermeras (UAB), organizaciones empresariales con sueldos y fidelización cero; pero lo que si tuvo claro la propia profesión en su conjunto, es que, a pesar de las dificultades, la transición por la que había de pasar era la vía del éxito futuro. Todo sistema que se inmoviliza en la estabilidad no puede evolucionar sin violentos sobresaltos, al igual que una excesiva rigidez en una sociedad conduce, tarde o temprano, a una revolución (huelga de batas blancas por la entrada en la Universidad en contra del criterio del Dr. Arana en 1975). Siguiendo el discurso de la transición hacia el cambio que nos plantea Bridges, el cambio exitoso tiene lugar cuando las personas del colectivo (en este caso enfermeras) tienen un propósito, una imagen mental, un plan, y un papel a interpretar en el cambio, en pocas palabras, el éxito del cambio se da cuando los implicados están “*a bordo*” en él.

Enumeremos algunos de los procesos por los que hemos ido implicándonos para conseguir el cambio, (competencias en el sentido definido por Kane (1992).

Análisis de la hipótesis y demostración de cómo la formación ha influido en la profesionalización de la enfermería.

Hipótesis: El avance profesional (profesionalización, autonomía en la toma de decisiones, tareas) es resultado de los avances formativos. Es decir, el monopolio jurisdiccional procede del monopolio formativo.

Variable dependiente: Profesionalización. La profesionalización se mide mediante el aumento de las competencias, tareas, autonomía en la toma de decisiones y jurisdicción.

Variable independiente: Formación La formación medida por los cambios en el currículum de la carrera, las asignaturas que imparten las enfermeras, los años de profesionalización, y el tipo de discurso.

ANÁLISIS:

Variable dependiente: Profesionalización. La profesionalización se mide mediante el aumento de las competencias, tareas, autonomía en la toma de decisiones, y jurisdicción.

1.- Competencias

Utilización de los conocimientos:

La formación universitaria nos ha permitido pasar de unos conocimientos y unas especialidades orientadas según las especialidades médicas a una formación más de acuerdo con los criterios del rol que la OMS ha descrito para los profesionales del siglo XXI. Esta formación, va dirigida fundamentalmente a formar en Competencias; de acuerdo con Kane (1992), la definición de Competencias viene marcada por el grado de utilización de los conocimientos, habilidades y buen juicio asociados a la profesión, en todas las situaciones a las que el profesional se ha de confrontar durante el ejercicio de su práctica profesional.

En términos generales, la práctica de la enfermería se ejerce en los niveles de salud descritos por la OMS; a modo de ejemplo:

- ✓ En la prevención y promoción de la salud (Educación sanitaria)
- ✓ En la recuperación de la salud (Informe de alta de enfermería)
- ✓ Preparación ante la muerte (Formación en cuidados paliativos, counselling).

.- Habilidades:

✓ Percepción de la profesión: concepto de enfermera, nuestro sentido de identidad ha ido evolucionando con el propio contexto y con la complejidad de los cuidados asistenciales: envejecimiento de la población, avances tecnológicos y conocimientos científicos que evolucionan rápidamente y que imponen a las enfermeras una constante formación que les permite cuidar con calidad en un tiempo de atención cada vez más reducido. Lo que ha cambiado sustancialmente es el perfil de la profesión, la importancia de “cuidar” es la esencia de nuestro quehacer, los “buenos cuidados” son invisibles (Collière, Benner, Domínguez-Alcón, etc.).

✓ Percepción de cuidar: rol profesional, los “buenos cuidados” no son sólo aquellos indicados en los procesos curativos del diagnóstico y tratamiento médico, sino que el acto del “buen cuidado” se ha diversificado en diferentes actos:

- soporte y suplencia a la persona en las actividades de la vida diaria que no puede realizar por si misma,
- acompañar en las diferentes situaciones de la vida, crisis, duelo,
- participar en las medidas preventivas de diagnóstico y terapias en colaboración con el médico,
- participar en la prevención de enfermedades y en el fomento de la salud contribuyendo a fomentar la calidad, la eficacia y el desarrollo profesional,
- participar en el fomento de la calidad asistencial, formación y evolución en la investigación enfermera.
- Capacidad de cambio del sistema sanitario, énfasis en la Atención Primaria, Consultas de Enfermería, PADES, Atención domiciliaria, etc.
- Capacidad de cambio de un sistema jerárquico a un sistema más horizontal donde se promueve el trabajo en equipo.

- Categorías, existe desde el año 1990 una Ley en el Institut Català de la Salut de promoción interna para facilitar el cambio de categoría (demostrada la formación correspondiente) ICS. Circular 9-90.
- Capacidad de buscar ayuda interna y externa mediante la incorporación de otros departamentos en la formación de grado y postgrado así como en Master (ejemplo el de Gestión y Administración de Servicios de Enfermería de la EUI de la Barcelona).

- Buen juicio:

✓ Conocimiento legal terapias aplicadas: mediante el proyecto sobre competencias de la Profesión de Enfermería editado por en 1997 por el Consejo de Colegios Oficiales de Diplomados en Enfermería de Catalunya. Este proyecto incluye los tres aspectos definidos en 1992 por Kane como “los conocimientos, habilidades y actitudes o ética en los cuidados”.

✓ Validación de instrumentos:

- en el Diagnóstico Enfermero: Adolf Guirao enfermero del Servei de Salut Valencia y profesor de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valencia. Este diagnóstico "Sedentary Life Style " que en castellano es “Sedentarismo”, ha sido aprobado en su categoría dentro de la etapa 3.2, es decir que se ha aprobado por la presentación del apoyo clínico en el que se sustenta (para su validación y puesta a prueba). Es el primer diagnóstico no anglosajón aceptado por la NANDA, según Linda Cardenito. Valencia 2004.
- En la Tecnología utilizada : creación de una lámpara para ver los vasos sanguíneos por parte de Jerónimo Ibarra, enfermero - Supervisor del Servicio de Medicina Nuclear del Hospital de la Vall d’Hebron y el Grupo de Óptica del Departamento de Física de la UAB; al que han denominado Modelo de Utilidad; ha sido validado mediante un estudio multicéntrico (5) y se ha comprobado que su efectividad es máxima en niños pequeños muy delgados y en la gente mayor muy deteriorada físicamente; es un modelo registrado. Revista Vall d’Hebron nº 28 Primavera 2001.
- Tecnología: moda adaptada para los parapléjicos por la enfermera Azucena Gómez “Vestidos sin botones”, en la actualidad la Fundación de parapléjicos

está intentando encontrar patrocinio económico a esta iniciativa que les permite llevar vestidos, zapatos elegantes e incluso jerséis de cuello alto compatibles con el respirador y que no tengan que ponerse por la cabeza. Suplemento Ciberpais, 31 marzo 2005.

- En terapias aplicadas: tratamiento a pacientes asmáticos con la técnica del yoga y la relajación; trabajo validado por la enfermera del CAP de St. Just Desvert (Barcelona) en la consulta de Técnicas de Relajación, ésta basó su estudio e investigación a partir de la lectura de un estudio aparecido en The Lancet en 1.990 en el que se demostraba que la aplicación de yoga reducía la frecuencia de los ataques de asma y en 1.993, un grupo de psicólogos de la Universidad de Oxford, observaron que la respiración del yoga era más eficaz para recuperar energía que la relajación o la visualización. En el British Journal of Rheumatology, un estudio de 1.994 indicaba que el yoga terapéutico beneficiaba a personas con artritis reumatoide.

2.- Tareas:

✓Tipo de tareas:

- Asistenciales,

En las tareas asistenciales, el énfasis se puso en los cuidados que a su vez, por influencias foráneas (Teorías y Modelos anglosajones y francófonos), se fueron concretando a lo largo de estos 27 años en:

- Cuidados basados en el concepto integral de la persona (bio-psico-social)
- Ayuda en el diagnóstico y tratamiento médico
- Programas de atención al alta
- Programas de atención domiciliaria.
- Programas de atención al niño sano
- Cuidados paliativos,
- Consulta de enfermería,
- Técnicas de relajación, etc.

- **Tareas docentes,**

En **docencia** a partir del ingreso en la Universidad (1983), es la única excepción en todo el Estado Español en que los docentes no son doctores en su mayoría.-En el curso académico 1985-86 había 2649 profesores enfermeros. (Cabrero 2001). En el curso académico 1989-90 existen 3094 profesores enfermeros (Almarcha, 1995), en la actualidad, siguiendo las Directrices Europeas, en la actualidad se acaban de equiparar todos los estudios por grado, lo que significa que los profesores serán todos Doctores en enfermería a partir del 2010.

- Educación sanitaria en: Adherencia al tratamiento, diabéticos debutantes, dietética, etc.
- Plan de Calidad e información a los equipos asistenciales y clientes (en el de la Vall d'Hebron, existen de 14 miembros, de las 8 mujeres, 5 son enfermeras.
- Enfermeras clínicas: expertas en ostomías (son el referente y forman al resto de las enfermeras del servicio de Digestivo de los cuidados y todo lo relativo a las últimas evidencias científicas encontrados sobre este tipo de tratamiento.

- **Dentro de la investigación,**

Es a partir de la inclusión en el Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS) (1980), que comienzan a publicarse artículos de diferente entidad; hasta el año 1995 se llegaron a publicar unos : 517 originales.

- 1982-84: 10 artículos
- 1984-85: 40 “
- 1989-90: 76 “
- 1991-93: 731 (282 originales)
- 1993-95: 235 originales
- Del 1990 al 95 se presentaron al FIS 213 proyectos de los que se financiaron 72.
 - 1995.96: 185 originales;
 - 1997: 640 artículos de los cuales 454 cumplían los requisitos de Financiación del FIS.

- 2000: **1119** artículos de los cuales el 75,7% son originales y se han publicado en las revistas:
ROL, Enfermería Clínica, Enfermería Científica, Index de Enfermería, Enfermería Intensiva, Gerokomos y Metas de Enfermería. (Galvez, 2004).
- 2004: **1618** artículos en las mismas revistas mencionadas.

En este mismo año aparece la Revista Evidentia especializada en artículos de enfermería basados en la Evidencia Científica. (EBE).

- **En cuanto a la gestión,:**

- 1980 (1984-85) se incorporan las Directoras de Enfermería. (RD. 521/87) su tarea fundamental era de control de recursos humanos y materiales, a pesar de existir departamentos dedicados a ello; lo cual denota la escasa valoración de la aportación de la Enfermería al equipo de Dirección.
- 1990: Los organigramas se aplanan, las Direcciones de Enfermería continúan sin cambios en sus responsabilidades.
- 2000 en algunos centros H. Clínico, se pierde el carácter normativo de control de personal y se pasa a gestionar por Líneas de GDR. En los Institutos recientemente creados, la Directora de Enfermería forma parte del equipo de Dirección.
- 2003 se establecen las líneas de actuación de todos los mandos intermedios (Libro Blanco de las Profesiones Sanitarias (2003) y Casos de Gestión de Clínica, (2003). (Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. (Define las competencias en línea con el resto de Europa).

3.- Autonomía y toma de decisiones:

La autonomía viene determinada por la capacidad de tomar decisiones en todos los ámbitos profesionales, formación, juicios clínicos, tratamientos enfermeros, validación de las terapias y capacidad de decidir sobre sí misma y su futuro. La toma de decisiones es una constante en todos los ámbitos de la disciplina enfermera (asistencia, gestión, docencia e investigación); lo difícil es precisar cómo llegamos a la toma de decisiones, aspecto del que poco se ha escrito e investigado, por lo tanto, en la práctica enfermera, el punto álgido es cómo medir

esta capacidad que intuitivamente podemos decir se va configurando a lo largo de la formación de pregrado y se continúa construyendo a lo largo del ciclo profesional, cómo se pasa de un modelo orientado en normas e intuitivo a un modelo orientado por el razonamiento analítico de la información en la toma de decisiones. Como es lógico la respuesta es clara, a través de la formación en el uso de modelo de toma de decisiones en distintos campos de la enfermería. (Rol 2002;25(12):822. Monográfico sobre “*Tomar decisiones*”.

Construir la autonomía profesional implica una formación continuada, variada experta y progresiva; posiblemente, las nuevas propuestas curriculares faciliten acercar los elementos de reflexión para tomar las mejores decisiones.

Dentro de esta variable, se incluyen los recursos, el reconocimiento de la profesión, el Código deontológico y la cultura en valores de la propia profesión que han hecho crecer esta autonomía hasta hacerse visible para las propias enfermeras.

- Según una encuesta On-line de la revista Enfermería 21, las enfermeras que han contestado, en general (un 48%) piensan que las EUI forman muy bien y que esta formación junto con la formación continuada, la ayuda formativa recibida por parte de los Colegios profesionales, Empresas, etc., les ha facultado a la hora de desarrollar su tarea diaria con criterio y les ha ayudado a sentirse más seguras a la hora de ejercer la profesión. (Encuesta Enfermería 21 durante el año 2004)
- Las Especialidades configuradas de acuerdo a las especialidades médicas según el RD 992/1987 de 3 de julio estableció en su artículo 2º: Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matronas), Enfermería Pediátrica, Enfermería de Salud Mental, Enfermería de Salud Comunitaria, Enfermería de Cuidados Especiales, Enfermería Geriátrica, y Gerencia y Administración de Enfermería, han sido derogadas por el reciente RD 44/2003.

El RD. 1017/1991 de 18 de febrero la primera Especialidad que se regula es la de Matronas. El RD 992/1998 la segunda especialidad que se regula es la de Salud Mental, quedando todas ellas derogadas por el RD. 44/2003, que deja las Especialidades como sigue:

Enfermería Obstétrica –Ginecológica (Matrona, Enfermería Salud mental, Enfermería Geriátrica, Enfermería del Trabajo, E. Cuidados Médico quirúrgicos,

- E. Familiar y comunitaria, y E. Pediátrica
- Postgrados de diferente valor, desde 55 créditos a 250, que en teoría corresponden a un Master. (Hay Universidades que hasta fecha reciente no reconocían el título de Master a las enfermeras (caso de la UAB, Bioestadística en Ciencias de la Salud). Sigue la misma situación, en espera de la entrada en vigor de la nueva ley de adecuación de los estudios a Europa RD 55/2005 regulador de Estudios Universitarios de Grado.
 - Pendiente del RD 56/2005 regulador de Estudios de Postgrado, Master, Doctorado.
 - Formación continuada: por parte de numerosas Instituciones, fundamentalmente, las empresas contratantes (Ej., ICS), el Colegio de Enfermería, las revistas profesionales, Sindicatos, etc.
 - Sindicatos: Continúan los de clase y en 1983. , aparecen los Sindicatos Corporativos o profesionales (SATSE).

Jurisdicción

En términos de Abbot (1988), en la actualidad, la expansión del campo de actuación enfermera se ha extendido no sólo a atender en consulta propia aquellos problemas crónicos susceptibles de ser controlados por las enfermeras, sino que también han ampliado su campo en el área de la Educación Sanitaria, al Consejo antitabáquico, a la aplicación y tratamientos de las Terapias complementarias o alternativas, (Reflexología podal, técnicas de relajación, yoga para mejorar la respiración de los asmáticos, etc.).

La creación de la Enfermera Virtual Asistencial (E.V.A) es un nuevo servicio en Internet cuyo objetivo es ofrecer toda la información relacionada con el cuidado de las personas ostomizadas (página Web patrocinada por Coloplast).

La formación, la tecnología, las nuevas tareas incorporadas al currículum en forma de Competencias, ha permitido aumentar la autonomía profesional con la toma de decisiones en cuanto a la praxis y tratamiento legal que pueden aplicar las enfermeras, lo que como consecuencia, ha hecho aumentar el espacio jurisdiccional.

Variable independiente: formación. La formación medida por los cambios en el currículum de la carrera, las asignaturas que imparten las enfermeras, los años de profesionalización, y el tipo de discurso.

1. Currículum de la carrera de enfermería:

1.1. Diplomas, títulos, especialidades impartidos i/o dirigidos por enfermeras, en parte o en su totalidad:

La formación en estos momentos se concreta en:

- Master: 13, (9 UB), (1 Blanquerna), (1 Sta. Madrona), (1UIC), y (1UGirona).
- Postgrados: 83, (27 UB + 1 EUI Mar + 3 EUI Sta. Madrona), (22 UAB), (10 EUI Blanquerna), (3 EUI Manresa) (2 UVic), (3 ULleida), (8U.Girona), (1U.Pompeu i Fabra), (3UIC).
- Especialidades: 2 Matrona (RD1017/1991) y Salud Mental (RD 992/1987) (las dos se imparten en la UB)

1.2. Currículum: Cursos:

En la actualidad no existe el cómputo de las enfermeras que no se dedican a Docencia pero que son Licenciadas en otras disciplinas.

Los cursos y currículum básico mayoritariamente está impartido por enfermeras, si en 1995 había 3094 profesores enfermeros en la actualidad se supone que el número se ha incrementado dado que la mayoría de las plazas a concurso, desde hace 5 años, se pide ser enfermero licenciado.

- En Formación continuada: IES:112 cursos (abril 2005),
- EUBarcelona: 127 (2005)
- EUVHebron:9; (abril 2005), es un ejemplo, hay más EUI
- Colegio Oficial de Enfermería 6 áreas temáticas, y dentro d éstas unos 15 cursos; según libro editado por el propio Colegio (Programa de Formación continuada 2004-05) NOUS CURSOS: con las áreas formativas, a destacar: Área Clínica, Área de Cooperación Sanitaria Internacional, Área de desarrollo profesional, Área gerontológico, Área infantil, Área de Matronas, Área de investigación, Área de Salud comunitaria, Área de salud mental, Área de terapias

complementarias. En llamada telefónica, (abril 2005) plantean que entre cursos, talleres y seminarios han programado 61.

- Sindicatos: 15 (SATSE Enfermería). (abril 2005)

1.3. Publicaciones: suscripciones,

- Suscripciones: existen 141 publicaciones, las más conocidas y las que más suscriptores tienen en razón de su experiencia y años de publicación, son: ROL, E. Clínica, Nursing, E, Intensiva, Metas de Enfermería, sin contar las específicas de cada Especialidad. El Grado de lectura no es muy alto, el 66% de una muestra de 729 reconoce leer entre 1 -2 publicaciones.
- En ellas se publican artículos de opinión, investigaciones de tipo sociológico, antropológico, problemas enfermeros, técnicas y protocolos, experiencias de gestión e investigaciones basadas en la evidencia. Los artículos más leídos son los temas prácticos y protocolos 51%, seguido por los de investigación y casos clínicos 45%.: En cuanto a la lectura de libros enfermeros, el 75 % tienen entre 10 y más libros de enfermería.

1.4. Evaluación de problemas clínicos enfermeros

- En la actualidad el área Centre de Barcelona del ICS está validando los problemas de enfermería más prevalentes de la población de este área territorial, están implicados varios CAPs, se calcula que en 2006 estará lista la extrapolación de datos.
- A modo de ejemplo, en la publicación de la Revista Metas, número 20 de noviembre de 1999, se publicó un estudio sobre “Validación de las técnicas de relajación y el dolor;” estudio de dos años de duración en el centro hospitalario del Insalud Gral. Yagüe de Burgos cuyos resultados en 1998, sugieren que la realización de esta técnica (técnica de alternancia de Nares) disminuyó la sensación dolorosa en la mayoría de los diversos pacientes observados 72% de la muestra observada. En la actualidad esta técnica se lleva a cabo en el Centro de Atención Primaria de Llefia (Badalona y Sant Adrià).

1.5. Evaluación de terapéuticas

- También se publican las valoraciones terapéuticas (tipo escala EMINEN de la Vall d'Hebron (escala para medir grado de dependencia y riesgo de UPP).
- Validación multicéntrica de la lámpara de visualización venosa denominado Modelo de Utilidad creada por Jerónimo Ibarra enfermero-supervisor de la Vall d'Hebron.

1.6. Pertenencia a organizaciones

En la actualidad se puede pertenecer a varias organizaciones a la vez: especialidad, áreas de interés (Asociación Defensa de la Salud Pública), etc.

2. Asignaturas que imparten las enfermeras

Al inicio, el énfasis intenta centrarse en las en las asignaturas ligadas con el currículum enfermero, sin olvidar las ciencias básicas:

Anatomía, fisiología, bioquímica, biofísica, microbiología, farmacología y farmacocinética, salud pública y comunitaria, administración de servicios de enfermería, Educación sanitaria bioestadística, legislación y ética, Fundamentos de enfermería, enfermería Médico-quirúrgica, E. de salud mental, Enfermería geriátrica, E. materno-infantil, Ciencias de la Conducta, etc.

La relación teoría/práctica es distribuida a lo largo de los tres cursos al 50% e impartida ésta última por enfermeras (asociadas) durante los tres cursos académicos universitarios.

Más recientemente, los planes de estudios en su evolución, han posibilitado que las clases las impartan en general:

Ciencias básicas (bioquímica y biofísica) los médicos, biólogos o químicos.

Ciencias médicas (anátomo-fisiología, farmacología clínica, dietética y terapéutica física), los médicos en general

Ciencias de la Conducta (Psicología General y Evolutiva) psicólogos o enfermeras psicólogas.

Ciencias de la Enfermería (Enfermería Fundamental, y resto de Enfermerías, las enfermeras. Así como la Salud Pública, Bioestadística y Legislación y Ética.

- Según las directrices del plan de estudios, en todas consta el área de conocimientos "Enfermería", lo cual faculta que las enfermeras puedan ser contratadas y dar clases en todas las áreas.

3. Años de profesionalización

En 2004 se calculan unas 31.000 enfermeras sólo en Barcelona de las cuáles, 3728 (11.96%) son hombres y el resto, 27.292 (88,04%) son mujeres. La distribución según Indecat al año 2003, es:

Barcelona: 27.881; Girona: 2738; LLeida: 1890; y Tarragona: 2840 En Total: 35.349 esto representa un 17,7% respecta al total español.

Datos profesionales sanitarios 1999-2003. Idecat 2004

En 2004 se ha abierto la puerta a los ATS que no habían convalidado en 1977 y siguientes. Esta Orden ECD/2314/2003 de 1 de agosto, plazo que finaliza el día 30 de diciembre de 2008; la Convalidación sigue dependiendo de la UNED y los cursos pueden ser impartidos por las Escuelas propias de Universidad.

Se desconoce el número total de ATS por convalidar; éstos son datos que el Código Deontológico considera como datos de confidencialidad.

4. Tipos de discurso

La experiencia profesional, según la encuesta del Colegio de Enfermeras de Barcelona (2003), medida por años de colegiación:

- 1-5 años un 25,68%
- 6-10 años un 21,08%
- 11-20 años un 23,81%

- 21-35 años un 27,69%
- > 35 años un 1,74%

Lo que se puede de momento deducir al igual que en mi trabajo de campo es que es una población entre joven y adulta posiblemente con un trabajo inestable.

En cuanto al discurso, en la actualidad, es más unificado a pesar de las diferencias en cuanto a qué discurso, si nos atenemos al discurso mayoritario, la profesión está de acuerdo en la utilización de un Modelo de Enfermería que guíe la acción, aunque éste de momento sólo se refleje en la idea mental a la hora de definir qué es cuidar y qué tipos de cuidados llevan a cabo.

Los Mandos intermedios por fin aceptan el reto de gestionar los actos de cuidar, en el más puro sentido de la gestión; los niveles de dependencia por el que gravitan las cargas de trabajo, y los controles de calidad, las guías Clínicas, requieren formación específica de ahí que las enfermeras que en la actualidad se dedican a la gestión, hayan recibido formación en estas áreas bien a título individual (para acceder a una plaza) o bien por la empresa.

La experiencia profesional no se mide sólo por los años de trabajo, sino por los avances en el conocimiento experto, que se concretan en aquellas actividades que han ido asumiendo las enfermeras como propias. (Por ejemplo, la Educación Sanitaria).

- En la actualidad existe en casi todas las Instituciones contratantes el reconocimiento mediante pago de estos logros a través del canon llamado Carrera Profesional que implica, la competencia profesional en la asistencia, docencia, gestión e investigación.

Conclusiones

Como conclusión final, cabe decir que las enfermeras han hecho un recorrido titánico para ponerse a la altura de los países europeos, tanto en formación, como investigación, el objeto de estudio se comienza a perfilar y en la actualidad a través del Instituto Carlos III, existen investigaciones multicéntricas sobre cuidados enfermeros; hay que tener en cuenta que la mayoría de la investigación enfermera es de origen canadiense, o de los Estados Unidos de América del Norte y Australia. En este momento, la transición al cambio, cuenta con todos los profesionales de enfermería; aunque este cambio tenga lecturas diversas e intereses a veces contrapuestos; lo que no cabe duda es que estamos inmersos en él.

El problema que se cruza en su camino está en relación a dos problemas importantes para la colectividad catalana, por un lado, la fuerte bajada en las matrículas de los estudios y un cada vez más envejecido profesional en activo; sin olvidar el efecto llamada de los países del entorno que importan enfermeras Españolas y entre ellas, catalanas, que a corto y medio plazo si no se le pone remedio, tendrá una fuerte incidencia en la atención sanitaria en centros poco atractivos como son los socio sanitarios, la salud mental, la atención a crónicos, la atención domiciliaria y la atención a colectivos cada vez más vulnerables.

En el libro Blanco de las Profesiones Sanitarias, se apuntan dos estrategias, una incentivar la fidelización de los egresados (sin especificar cómo) y otra, conseguir nuevos campos de expertez que resulten atractivos a los profesionales, (tampoco indica cuáles).

Si como punto de partida relaciono el incremento de esta expertez con la formación, creo que si se revisan los documentos, encontramos que los enfermeros han hecho suya las áreas que precisamente más desiertas pueden llegar a quedar si no se incentiva y motiva bien con mejores turnos, menos horas, incrementos salariales, incremento de la formación a cargo de las empresas, y así, un largo etc.

Las enfermeras en este país, lo que tienen lo han conseguido con tesón, coraje y a veces lágrimas y no precisamente por el merecido reconocimiento que les debería brindar la propia profesión, esto sin contar con las Instituciones.

Estamos pues, en condiciones de contestar afirmativamente a las preguntas del Planteamiento de la investigación del Capítulo II:

Pregunta: ¿Qué avances se han dado en la práctica enfermera en el siglo XX que permitan detectar la profesionalización de las mismas?

Respuesta: La mayoría, desde la formación, las habilidades /destrezas hasta el buen juicio en materia asistencial, en definitiva, la conquista de las Competencias profesionales con rango internacional.

Pregunta: ¿Qué cambios legales y reales han posibilitado un avance en el proceso de profesionalización de la enfermería actual?

Respuesta: Los Reales Decretos y el avance socio cultural de los últimos 27 años en España.

Pregunta: ¿Qué nuevas tareas realizan las enfermeras que ayudan a aumentar, clarificar, identificar las actividades de cuidado?

Respuesta: El trabajo por procesos teniendo como guía un modelo de cuidados y aplicando la metodología científica en el quehacer diario.

Pregunta: ¿Son las tareas de enfermería actuales adecuadas para ayudar a solucionar las necesidades en materia de salud de la población en el siglo XXI?

Respuesta: Sí, son las reconocidas tanto por el Consejo Internacional de Enfermeras como por la OMS; así como por los Colegios Profesionales y Mercado Laboral.

Pregunta: ¿Acaso la indefinición de las fronteras profesionales en la sanidad tiende a incrementar la lucha por el espacio profesional por parte de los diferentes actores sanitarios y más concretamente de las enfermeras?

Respuesta: Sí, estamos en un momento de gran saturación de profesionales sanitarios, sobre todo médicos/as cuya última declaración (Jornadas Vall d'Hebron (2002) de "Acollidors, Experts, i Solidaris", fue una declaración de principios en el sentido de reclamar para sí el concepto de cuidar y los cuidados como eje vertebrador de su quehacer cotidiano, en la línea de Sócrates; en la misma línea aparece en el resultado de la Encuesta del año 2003 en la que consideran como visión de futuro " el cuidado"

Pregunta: ¿Cuál ha de ser la futura formación de las enfermeras para no perder espacio profesional en las nuevas organizaciones sanitarias?

Respuesta: La formación ya aprobada de Grado, Master y Doctorado en línea con las demás profesiones sanitarias, y sobre todo, que los master posibilitaran la futura expertez de los egresados completado por cursos de formación continuada.

Y a las hipótesis planteadas en el capítulo IV en: ***Perspectivas de futuro: definir las tareas***, la primera hipótesis es que las tareas profesionales han avanzado y este avance está relacionado con la formación universitaria de los últimos veinte años (que ha posibilitado la conformación de las actuales Competencias). La segunda hipótesis es que las tareas que han hecho avanzar las prácticas de las enfermeras están relacionadas con el proceso de resolución de problemas y toma de decisiones (Problemas enfermeros y autonomía profesional), y la tercera hipótesis es que cuidar y sus actividades de cuidado son muy difíciles de identificar porque corresponden a ideas abstractas (Modelos Conceptuales Enfermeros y sus correspondientes Escuelas de Pensamiento que en la actualidad se utilizan como guías primordialmente en el ámbito docente, menos en el ámbito de la Práctica Clínica y poco como eje de investigación).

Por todo ello, creo estar en situación de confirmar la mayoría de las hipótesis y preguntas elaboradas a lo largo del discurso de construcción del nuevo concepto de qué es ser enfermera, creo acercarme al resultado del estudio de Rodriguez y Bosch (2004: 34) "*Las enfermeras consideran que la enfermería tendría que estar orientada al bienestar y satisfacción de las necesidades del conjunto de la sociedad*". Traducido del Catalán por la autora de la tesis.

Hay algunas hipótesis susceptibles de ser futuras líneas de investigación.

ANEXOS

ANEXO A: Cuadro resumen de las conclusiones

Tabla 10.1: Análisis comparativo entre la entrada en la Universidad en 1975 y los cambios que han hecho posible el avance en las tareas de las enfermeras en la actualidad.

Variable dependiente: Profesionalización medido por:

1.- Competencias

	1975	1976-2004
Competencias	<p>Utilización de conocimientos en: la promoción, mantenimiento, recuperación de la salud, y, Preparación ante la muerte.</p> <p>Habilidades: Percepción de la profesión. Percepción de cuidar. Capacidad de cambio:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. del sistema sanitario 2. sistema jerárquico 3. categorías <p>Capacidad de buscar ayuda: interna y externa</p> <p>Buen juicio: Conocimiento legal terapias aplicadas. Validación de instrumentos.</p>	<p>✓No existían competencias como tales. En cuanto a las Habilidades se centraban en las actividades de ayuda al diagnóstico y tratamiento médico</p> <p>✓Cumplimiento de las terapias autorizadas por los médicos.</p> <p>✓En 1997 el Consejo de Colegios Oficiales de Diplomados en Enfermería de Catalunya edita el primer proyecto sobre Competencias de la Profesión de Enfermería.</p> <p>✓Incluye los tres aspectos definidos por Kane (1992):</p> <ul style="list-style-type: none"> •Conocimientos •Habilidades •Ética de los cuidados

Tareas	<ul style="list-style-type: none"> ✓Tipo de práctica terapéutica/ ✓Tipo de tareas: <ul style="list-style-type: none"> - ayuda/soporte físico - ayuda emocional - educación sanitaria ✓Otras tareas: - ayuda diagnóstico y tratamiento médico. ✓Administrativas- otras actividades ✓Tareas concretas: de gestión, docencia, investigación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Curas de heridas e inyectables, - Preparación para exploraciones específicas. Cuidados generales. - La docencia se limita a as actividades de enseñanza de técnicas, por profesoras llamadas monitoras. - La investigación antes del año 1977 no existe ninguna publicación enfermera. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidados poniendo el énfasis en el concepto integral de la persona (bio-psico-social) - Ayuda en el diagnóstico y tratamiento médico - Programas de atención al alta - Programas de atención domiciliaria. - Programas de atención al niño sano - Cuidados paliativos, - Consulta de enfermería, etc. - Tareas docentes, <p>En docencia a partir del ingreso en la Universidad (1983), es la única excepción en todo el Estado Español en que los docentes no son doctores en su mayoría</p> <ul style="list-style-type: none"> -En el curso académico 1985-86 había 2649 profesores enfermeros. (Cabrerero 2001). - en el curso académico 1989-90 existen 3094 profesores enfermeros (Almarcha , 1995), - en la actualidad, siguiendo las Directrices Europeas, en la actualidad se acaban de equiparar todos los estudios por grado, lo que significa que los profesores serán todos Doctores en enfermería a partir del 2010. <ul style="list-style-type: none"> - Dentro de la investigación, <p>Es a partir de la inclusión en el Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS) (1980), que comienzan a publicarse artículos de diferente entidad; hasta el año 1995 se llegaron a publicar unos : 517 originales.</p> <ul style="list-style-type: none"> -1982-84: 10 artículos -1984-85: 40 " - 1989-90: 76 " -1991-93: 731 (282 originales) -1993-95: 235 originales <ul style="list-style-type: none"> - Del 1990 al 95 se presentaron al FIS 213 proyectos de los que se financiaron 72. -1995.96: 185 originales; -1997: 640 artículos de los cuales 454 cumplían los requisitos de Financiación del FIS. - 2000: 1119 artículos de los cuales el 75,7% son originales y se han publicado en las revistas: <p>ROL, Enfermería Clínica, Enfermería Científica, Index de Enfermería, Enfermería Intensiva, Gerokomos y Metas</p>
--------	--	---	---

		<ul style="list-style-type: none"> - No existe el concepto de Gestión tal como lo conocemos ahora. - La gestión en igualdad de condiciones no existe a pesar de la entrada de los gerentes en la administración de los Centros; - -1960: en el Hospital Central de Asturias (con una gestión anglosajona) se introduce la figura de la supervisora como controladora de área. - En el resto de Instituciones, sobre todo del Instituto Nacional de Previsión (INSALUD) la Jefa de Enfermeras controla los recursos humanos de enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> - En cuanto a la gestión.: - -1980 (1984-85) se incorporan las Directoras de Enfermería. (RD. 521/87) su tarea fundamental era de control de recursos humanos y materiales, a pesar de existir departamentos dedicados a ello; lo cual denota la escasa valoración de la aportación de la Enfermería al equipo de Dirección. - -1990: Los organigramas se aplanan, las Direcciones de Enfermería continúan sin cambios en sus responsabilidades. - 2000 en algunos centros H. Clínico, se pierde el carácter normativo de control de personal y se pasa a gestionar por Líneas de GDR. En los Institutos recientemente creados, la Directora de Enfermería forma parte del equipo de Dirección. - -2003 se establecen las líneas de actuación de todos los mandos intermedios (Libro Blanco de las Profesionales Sanitarias (2003) y Casos de Gestión de Clínica, (2003). (Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesionales Sanitarias. (Define las competencias en línea con el resto de Europa).
--	--	---	---

3. Autonomía y toma de decisiones

A U T O N O M Í A:	<ul style="list-style-type: none"> ✓Facultades donde ha estudiado: ✓Diplomas, Master ✓Formación continuada. ✓Colegio y Sindicatos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Desde 1977 en Escuelas Universitarias reconocidas por Decreto o directamente en la Facultad con Escuela Universitaria propia (Universidad de Barcelona). De los diferentes Reales Decretos, el RD 2128/1977, de 23 de julio de 1977 concierne a la conversión de las Escuelas de ATS en Universitarias. <p>Especialidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Neurología D.3192/1970 22 octubre 	<ul style="list-style-type: none"> - En general, un 48% piensan que las EUI forman muy bien. (Encuesta Enfermería 21) - Especialidades de acuerdo a las especialidades médicas: el RD 992/1987 de 3 de julio estableció en su artículo 2º: Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matronas), Enfermería Pediátrica, Enfermería de Salud Mental, Enfermería de Salud Comunitaria, Enfermería de Cuidados Especiales, Enfermería Geriátrica, y Gerencia y Administración de Enfermería. Derogadas por el reciente
--	--	--	--

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">RECURSOS</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Urología /Nefrología D.2233/1975 24 julio. - Análisis Clínico D.203/1971 28 enero - Radiología y Electrología D.1153/1961 - Pediatría y puericultura D.3524/1964 22 octubre - Psiquiatría D.3193/1970 22 octubre - Asistencia Obstétrica (Matrona) D.18/1957 de enero. - Formación continuada a cargo de los Centros laborales, Sindicatos y Colegio Profesional - Colegio: Es obligatorio estar colegiado por orden de 13 de enero de 1958 - Sindicatos: Desde la Democracia (1976) salen a la luz pública los Sindicatos denominados de clase: CCOO, UGT, USO, CNT. A partir de la Constitución, a parte de los ya existentes. 	<ul style="list-style-type: none"> - RD 44/2003. - El RD. 1017/1991 de 18 de febrero la primera Especialidad que se regula es la de Matronas. - El RD 992/1998 Salud Mental de 3 de julio - Todas ellas quedan derogadas por el RD. 44/2003 - Especialidades: - Enfermería Obstétrica –Ginecológica (Matrona - Enfermería Salud mental - Enfermería Geriátrica - Enfermería del Trabajo - E. Cuidados Médico quirúrgicos - E. Familiar y comunitaria - E. Pediátrica - Postgrados de diferente valor, desde 55 créditos a 250, que en teoría corresponden a un Master. (Hay Universidades que hasta fecha reciente no reconocían el título de Master a las enfermeras (caso de la UAB, Bioestadística en Ciencias de la Salud). Sigue la misma situación, en espera de la entrada en vigor de la nueva ley se adecuación de los estudios a Europa RD 55/2005 regulador de Estudios Universitarios d Grado. - Pendiente del RD 56/2005 regulador de Estudios de - Postgrado, Master, Doctorado - Formación continuada: - Colegio: sigue siendo obligatoria la colegiación - Sindicatos: Continúan los de clase y en 1983. , aparecen los Sindicatos Corporativos o profesionales (SATSE) - Rol vinculado al contexto económico y a la complejidad de los cuidados: envejecimiento de la población, avances tecnológicos y conocimientos científicos que imponen la necesidad de reflexionar y actuar, sin perder la calidad de nuestro trabajo, en un corto espacio de tiempo. - El médico percibe la enfermería como un complemento y a veces como un intruso . - Las Auxiliares perciben a las enfermeras como competidoras en los cuidados asistenciales. - En un Estudio en Enfermería Clínica sobre el reconocimiento “enfermera”,
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Recepción</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓Percepción de qué es ser enfermera ✓Percepción del médico. ✓Percepción de la auxiliar de enfermería. ✓Economía: - seguridad empleo – ingresos ✓Acceso a la información de la empresa ✓Grado de relación con grupos externos de la empresa. ✓Valor de los diplomas en el baremo laboral. ✓Premios laborales. ✓Premios académicos. ✓Pertenencia a grupos de élite profesional. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ayudante del médico - Personal competente para llevar a cabo los tratamientos prescritos. - Las que realizan las tareas que emanan del tratamiento médico, las que dan órdenes. - Perciben el 75% del salario base respecto a su inmediato superior que es el médico. - Por lo general, en la Sanidad se realizan oposiciones para obtener una plaza en propiedad, desde el año 1970 es por concurso de méritos. - No se tiene un acceso a la información de la empresa. - No existe relación con laboratorios. - El valor de los diplomas se 	

<p>C ó di g o s</p> <p>C u l t u r a</p>	<p>✓Deontológico ✓Integración en las normas: - trabajo en equipo. ✓Compromiso con la empresa.</p> <p>✓Valores compartidos con resto profesionales ✓Objetivos compartidos: - profesionales - laborales. ✓Finalidad de su trabajo: control en la toma de decisiones.</p>	<p>contabiliza por ser un concurso de méritos, la puntuación oscila entre 0,2 puntos por curso.</p> <ul style="list-style-type: none"> - No se tiene constancia de que hubiera premios laborales. - Existe constancia que el premio académico era al mejor expediente concertándose en el premio a la mejor estudiante (relacionado con los internados), no consta nada en las Facultades a este respecto. - El grupo de élite profesional eran dos: el colegio y la asociación Sindical del Sindicato Vertical, no existían asociaciones como tal. - El código ético se aprobó en 1953 por el Decreto de 4 diciembre que unificó los estudios de las profesiones sanitarias. - El segundo código ético lo constituyó el Estatuto del personal Auxiliar Sanitario titulado por orden del 17 noviembre 1960 (define el rol del ATS) - El tercer código ético lo constituyó el Estatuto del personal Auxiliar Sanitario titulado por orden del 26 abril de 1973 igual al anterior - Estatuto del Personal de la Atención Pública. - La recuperación de la persona - La toma de decisiones la detentaba el médico. 	<p>se observó que de 100 web con la palabra “enfermera”, los temas mayoritarios eran de notas de prensa/revistas (27%), seguido de la pornografía (25%); en cambio si utilizabas la palabra “enfermero” el tema mayoritario eran sobre ofertas detrabajo (26%), seguido de artículos de opinión (22%), y artículos de prensa (17%). Las conclusiones es que si el lenguaje es constructor del pensamiento, las enfermeras todavía hemos de hacer mucho para cambiar el discurso. E.Clinica, 2005;15(2):119-20.</p> <ul style="list-style-type: none"> - En la actualidad, las enfermeras cobran el concepto de carrera profesional, vinculado a las cuatro áreas del conocimiento: conocimiento recibido, conocimiento impartido, investigación y publicaciones. - El acceso al trabajo, en la función pública, es por oposición. - La enfermería está en igualdad a la hora de contratar estándares de laboratorio en sus congresos, mantienen una relación comercial - Existe en la Carrera Profesional diferentes baremos en función de las cuatro áreas descritas. - Existen premios laborales - Existen premios académicos (EUI Vall d’Hebron por innovación docente por parte del Colegio Profesional). - Hoy día existen diferentes grupos entre ellos, AEED, AENTDE, ACI, etc. - El código deontológico, el primero, data del 14 de julio 1989 introduce y define los cuidados de enfermería; introduce los cuatro elementos nucleares de la enfermería: concepto de hombre, salud, entorno y cuidados. - Trabajo en equipo - Derechos y deberes de los enfermeros respecto al paciente/usuario y hacia la empresa. - Derecho a la salud (Constitución y Estatuto de Autonomía) - Derechos humanos - Derechos y deberes de los pacientes/usuarios - Objetivos: en términos generales en todas las Instituciones, se espera que los profesionales asuman en equipo el ser y actuar con eficacia, eficiencia y efectividad positiva (Martín Zurro.
--	--	--	--

			<p>2003)</p> <ul style="list-style-type: none"> - En las Instituciones del ICS: ser expertos, acogedores y solidarios. - La toma de decisiones se realiza en equipo, normalmente hay un equipo médico y una enfermera responsable de cada paciente. La enfermera toma las decisiones de acuerdo a su código deontológico, y al compromiso con la empresa.
--	--	--	---

4.- Jurisdicción

J u r i s d i c i ó n	Prácticas profesionales: ámbitos de trabajo	- Las prácticas profesionales: curas e inyectables en hospital, ambulatorio y domicilio.	- Las Prácticas son variadas, están relacionadas con el modelo de enfermería adoptado por las Institución y en términos generales se pueden concretar en la responsabilidad en el área de: <ul style="list-style-type: none"> - Prevención de las enfermedades - Mantenimiento de la salud - Atención, rehabilitación e integración social del enfermo - Educación para la salud - Formación, administración e investigación en Enfermería.
---	--	--	--

Variable independiente: formación. La formación medida por los cambios en el currículum de la carrera, las asignaturas que imparten las enfermeras, los años de profesionalización, y el tipo de discurso.

1. Currículum de la carrera de enfermería

		1975	1976-2004
F o r m a c i ó n	<ul style="list-style-type: none"> ✓Diplomas, títulos, especialidades impartidos por enfermeras. ✓Currículum: Cursos, suscripciones, ✓Publicaciones: problemas clínicos enfermeros ✓Evaluación de terapéuticas ✓Pertencia a organizaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> - Existían títulos expedidos por las Escuelas o Facultad sobre técnicas o cuidados específicos, dirigidos e impartidos por médicos. - El Currículum venía determinado por el reconocimiento de los médicos del servicio en el que trabajabas, se constataba mediante la disponibilidad de éstos en delegar determinadas actividades que el luego firmaba. - No existían publicaciones propias de la profesión, la primera fue la NURSING en español allá por el año 1983. - La evaluación terapéutica la realizaban los médicos. - La pertenencia a Organizaciones a parte del Colegio y Sindicato, podía ser a la Asociación de la Especialidad que tuvieras o en la que estuvieras trabajando. 	<ul style="list-style-type: none"> - En la actualidad no existe el cómputo de las enfermeras que no se dedican a Docencia pero que son Licenciadas en otras disciplinas. - Los cursos y currículum básico mayoritariamente está impartido por enfermeras, si en 1995 había 3094 profesores enfermeros en la actualidad se supone que el número se ha incrementado dado que la mayoría de las plazas a concurso, desde hace 5 años, se pide ser enfermero licenciado. - Master: 13, Postgrados 83, Especialidades en marcha 2, En Formación continuada, IES:112 cursos, EUBarcelona: 127 - EUVHebron:9; Colegio 61; - Sindicatos: 15 (Enfermería). - Suscripciones: existen 141 publicaciones, las más conocidas y las que más suscritores tienen en razón de su experiencia y años de publicación, son: ROL, E. Clínica, Nursing, E, Intensiva, Metas de Enfermería, sin contar las específicas de cada Especialidad. El Grado de lectura no es muy alto , el 66% de una muestra de 729 reconoce leer entre 1 -2 publicaciones. - En ellas se publican artículos de opinión, investigaciones de tipo sociológico, antropológico, problemas enfermeros, técnicas y protocolos, experiencias de gestión e investigaciones basadas en la evidencia. Los artículos más leídos son los temas prácticos y protocolos 51%, seguido por los de investigación y casos clínicos 45%.: En cuanto a la lectura de libros enfermeros, el 75 % tienen entre 10 y más libros de enfermería. - También se publican las valoraciones terapéuticas (tipo escala EMINEN de la Vall d'Hebron (escala para medir grado de dependencia y riesgo de UPP). <p>En la actualidad se puede pertenecer a varias organizaciones a la vez: especialidad, áreas de interés (Asociación Defensa de la Salud Pública), etc.</p>

2 .Asignaturas que imparten las enfermeras

Implicación enfermera	<p>Asignaturas: Relación teoría/práctica</p>	<p>-Énfasis en las asignaturas ligadas con el currículum médico: Anatomía, fisiología, bioquímica, biofísica, microbiología, farmacología, Autopsia médico-legal (hombres) y Enseñanzas de hogar (mujeres)</p> <p>-Teoría/ Práctica 20% y 80% de las 4.600 horas.</p> <p>- Las clases las impartían los médicos, excepto las Salas de Laboratorio o habilidades clínicas de ayuda al diagnóstico y tratamiento médico que lo realizaba un cuerpo de enfermeras (escaso) llamadas Monitoras.</p>	<p>- Énfasis en las asignaturas ligadas con el currículum médico: Anatomía, fisiología, bioquímica, biofísica, microbiología, farmacología y farmacocinética, salud pública y comunitaria, administración de servicios de enfermería, Educación sanitaria bioestadística, legislación y ética, Fundamentos de enfermería, enfermería Médico-quirúrgica, E. de salud mental, Enfermería geriátrica, E. materno-infantil, Ciencias de la Conducta, etc.</p> <p>- Teoría/práctica al 50% impartida ésta última por enfermeras de las 4.600 horas o tres cursos académicos universitarios.</p> <p>- Las clases las imparten en general:</p> <p>Ciencias básicas (bioquímica y biofísica) los médicos, biólogos o químicos. Ciencias médicas (anátomo-fisiología, farmacología clínica, dietética y terapéutica física), los médicos en general</p> <p>Ciencias de la Conducta (Psicología General y Evolutiva) psicólogos o enfermeras psicólogas. Ciencias de la Enfermería (Enfermería fundamental, y resto de Enfermería, las enfermeras. Así como la salud pública, bioestadística y legislación y ética.</p> <p>- Según las directrices del plan de estudios, en todas consta el área de conocimientos "Enfermería", lo cual faculta para que las enfermeras puedan ser contratadas para dar clases en todas las áreas.</p>
-----------------------	--	---	---

3.Años de profesión

Pirámide de población enfermera	<p>Población enfermera en Catalunya:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ATS convalidadas en diplomado en Enfermería - Diplomados en Enfermería - ATS sin convalidar 	<ul style="list-style-type: none"> - 1975: 13.800 ATS que representa una taxa de 24,8/10.000 habitantes. - Barcelona: 291/100.000 - Girona: 201/100.000 - Lleida:165/100.000 - Tarragona:192/ 100.000 - En total: 249 ATS /100.000 habitantes <p>Datos profesionales sanitarios del 1974-75 INE, Madrid 1977.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - En 2004 se calculan unas 31.000 enfermeras sólo en Barcelona de las cuáles, 3728 (11.96%) son hombres y el resto, 27.292 (88,04%) son mujeres. - Barcelona: 27.881 (2003) - Girona: 2738 (2003) - Lleida: 1890 (2003) - Tarragona: 2840 (2003) - En Total: 35.349 esto representa un 17,7% respecta al total español. <p>Datos profesionales sanitarios 1999-2003. Idescat 2004</p> <ul style="list-style-type: none"> - En 2004 se ha abierto la puerta a los ATS que no habían convalidado en 1977 y siguientes. - Esta Orden ECD/2314/2003 de 1 de agosto, plazo que finaliza el día 30 de diciembre de 2008. - Depende de la UNED y los cursos pueden ser impartidos por las Escuelas propias de Universidad. - Se desconoce el número total de ATS por convalidar; éstos son datos que el Código Deontológico considera como datos de confidencialidad.
---------------------------------	--	---	---

4. Tipos de discurso

Jurisdicción	<ul style="list-style-type: none"> ✓Experiencia profesional: <ul style="list-style-type: none"> Años de Profesionalización ✓Presupuestos y valores de la profesión:Tipos de discurso 	<ul style="list-style-type: none"> - Existían dos discursos: <ul style="list-style-type: none"> - uno de base anglosajona (H. Central de Oviedo y H.Sta. Creu i S.Pau), era la misma dirección. - Otro el resto de hospitales, públicos. - La diferencia es que en el primero primaba más el papel coordinador de las supervisoras en las prácticas clínicas y en el resto de hospitales, tal como los públicos del INP o similares, la supervisora era la reguladora de los recursos humanos y materiales de la Unidad de trabajo. - La experiencia profesional normalmente se desarrollaba en el mismo hospital donde habías estudiado. 	<p>La experiencia profesional , según la encuesta del Colegio de Enfermeras de Barcelona (2003), tenemos medidos por años de colegiación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1-5 años un 25,68% - 6-10 años un 21,08% - 11-20 años un 23,81% - 21-35 años un 27,69% - > 35 años un 1,74% <p>Lo que se puede de momento deducir al igual que en mi trabajo de campo es que es una poblacón entre joven y adulta posiblemente con con un trabajo inestable.</p> <p>En cuanto al discurso, en la actualidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un discurso más unificado a pesar de las diferencias en cuanto a qué discurso, si nos atenemos al discurso mayoritario, la profesión está de acuerdo en la utilización de un Modelo de Enfermería que guíe la acción. Los Mandos intermedios pasan a gestionar estos actos de cuidar- - La experiencia profesional no se mide sólo por los años de experiencia, sino por los avances en el conocimiento experto, que se concretan en aquellas actividades que han ido asumiendo las enfermeras como propias. (Educación Sanitaria). - En la actualidad existe en casi todas las Instituciones contratantes el reconocimiento mediante pago de estos logros a través del canon llamado Carrera Profesional que implica, la competencia profesional en la asistencia, docencia, gestión e investigación.
--------------	--	---	--

GLOSARIO:

ABS: son las áreas básicas de salud (ABS), la zona territorial.

Acto de cuidar: Expresión que representa el "qué" y el "cómo" del cuidado. Es el cuidado tal como se le da a la persona.

Arte enfermero: Utilización creadora de la ciencia enfermera que engloba la relación interpersonal, *el desing* del cuidado, la manera de ser de la enfermera y el recurso de la estética. Para Rogers M., (1990),_ el arte enfermero es la utilización creadora de la ciencia enfermera que está en pleno crecimiento; en general, es la utilización creadora de la ciencia enfermera que engloba la relación interpersonal, el propósito del cuidado, la manera de ser de la enfermera y el recurso a la estética.

ATS: Ayudante Técnico Sanitario. Más comúnmente se le conoce como enfermera/o. Actualmente son diplomados /as en enfermería.

Autonomía: Responsabilidad y autoridad en la prestación directa de los cuidados de enfermería en el seno de un equipo de salud para conseguir una asistencia integral e integrada.

Avance: Acción de avanzar. Adelantar, Ir hacia adelante, progresar, mejorar.

Axioma: Conjunto de aserciones, enunciados afirmativos o negativos que nos parezcan evidentes y que se aceptan sin explicación. En Ferrater Mora: Ej.: "El todo es mayor que la parte". Al no lograrse demostrar esos axiomas se tendió cada vez más a definir los axiomas mediante las dos notas ya antes apuntadas: indemostrabilidad y evidencia. Axiomas y teoremas son, por lo tanto, elementos integrantes de todo sistema deductivo utilizado sobre todo en la construcción de las formas y teorías modernas de las Matemáticas y de la Lógica.

CAP I: centros de atención primaria donde se prestan atención de médico de familia y pediatría (popularmente conocido como ABS).

CAP II: centros de atención primaria donde se prestan las especialidades médicas.

Caring: Término inglés que engloba los aspectos científicos, humanistas, instrumentales y expresivos, así como un significado, elementos todos inseparables unos de otros, en el acto de cuidar. Concepto que considera que el proceso de cuidar está vinculado a la cultura, el cuidado adquiere un sentido cultural.

Ciencia enfermera: Conjunto de saber empírico, estético, personal y ético, resultado de diferentes enfoques metodológicos utilizados para profundizar en el campo del estudio de la disciplina enfermera. Comprende los conocimientos para desempeñar tareas técnicas (principios de destreza, los pasos técnicos y los conocimientos sobre el equipo); los conocimientos sobre la comunicación y las relaciones interpersonales; Los conocimientos sobre las diferentes formas en que los factores socioculturales afectan a la conducta humana; los conocimientos sobre la teoría del cambio, la teoría de la motivación.

Competencia: Aquel conjunto de habilidades, actitudes y conocimientos y los procesos complejos para la toma de decisiones que permite que la actuación profesional esté en el nivel exigible en cada momento.

Concepto: Representación intelectual, general y abstracta de un fenómeno (objeto, propiedad), formado de un conjunto de atributos percibidos por la mente. Los conceptos son los componentes de la base de una teoría.

Cuidados culturales Competentes: Aquellos cuidados universales y culturalmente específicos del cuidado. La competencia cultural requiere conocimientos, habilidades y actitudes a la hora de dar cuidados competentes a la gente.

Cuidados culturales: Son los valores, creencias, modos de vida y prácticas de la gente.

Cuidados de enfermería: Es cuidar a las personas, se centra en la actividad específica y propia de la enfermera que da respuesta a las necesidades de los ciudadanos en materia de salud, tanto cuando trabaja de forma individual como cuando lo hace formando parte del equipo de salud. Para Leininger M. (1978), aquellos actos de ayuda, apoyo o facilitación cuyo objetivo es mejorar o beneficiar una situación.

Cuidados de salud: Se dice del conjunto de las actividades de cuidados dispensados por diferentes profesionales de la salud en respuesta a las necesidades de la persona en materia de salud.

Paciente/usuario, desde la admisión hasta su vuelta al domicilio.

Cuidar: Watson Jean (1979), Actitud, compromiso y juicio consciente que se manifiesta en actos concretos.

Desing del cuidado: Más allá del acto de cuidar, el *desing* del cuidado es la utilización de diversos procesos, como la reflexión, la integración de creencias y de valores, el análisis crítico, la aplicación de conocimientos, el juicio clínico y la intuición, que permiten crear el cuidado.

Diagnóstico de enfermería: Juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de actuaciones de enfermería que consigan los resultados de los que es responsable la enfermera.

Disciplina: Arte, facultad o ciencia. Una disciplina profesional se refiere a una manera de intervenir en la práctica, contrariamente a una disciplina teórica que describe o analiza los fenómenos a partir de un modelo (sociología) sin intervenir. Campo de investigación desde una perspectiva única.

EAP: Equipos de atención primaria.

El conocimiento personal: se refiere al conocimiento de uno mismo.

Élite: Anglicismo. La flor, nata, lo mejor. En este caso, serán aquellas personas a las que se les reconoce un cierto poder sobre el resto de la profesión.

Enfermería: Profesión de servicios, que proporciona cuidados de enfermería aplicando los conocimientos y técnicas específicas de su disciplina; se basa en el conocimiento científico y se sirve del progreso tecnológico, así como de los conocimientos y técnicas derivados de las ciencias humanas, físicas, sociales y biológicas.

Paciente/usuario: Estado físico o mental de desequilibrio en una persona, normalmente por una alteración o problema en el cuerpo.

Epistemología: Se centra en el quehacer real del conocer científico; por tanto, su actividad se dirige hacia la búsqueda de una base segura que permita justificarlo.

Estatus: Término sociológico que se refiere a personas o grupos sociales con un nivel determinado de prestigio.

Estética: Ciencia de lo bello en la naturaleza y el arte; una de las formas del saber enfermero que corresponde al arte (Carper, 1978).

Fenómeno: Representación de una realidad percibida o sentida de manera consciente y bajo varias facetas.

Filosofía: Orientación, manera habitual de abordar la vida: posición general con relación a la naturaleza de las cosas y del mundo; disciplina teórica que comprende la axiología (ética y estética), la epistemología (estudio del conocimiento), la metafísica (ontología y cosmología) y la lógica. La filosofía de una ciencia guía los valores que son la base del desarrollo de una disciplina (Meleis, 1991).

Humanismo: Movimiento intelectual que ha caracterizado al Renacimiento y que ahora se considera como un principio según el cual las dimensiones subjetivas de la experiencia humana son esenciales para el conocimiento de la persona y su valoración.

Informe ABRIL: Informe sobre la reforma de los recursos sanitarios (1991-92)

Juicio: alude a todos los medios de obtener conclusiones de lo percibido.

Juicio clínico: Término usado para el pensamiento crítico en el área clínica (en comparación con el pensamiento crítico usado en el aula). Normalmente implica una serie de decisiones clínicas que incluyen decidir; (1) qué observar, (2) qué sugieren los datos (extraer conclusiones sobre el diagnóstico de la situación), y (3) qué acciones emprender.

Jurisdicción: Autoridad, poder o dominio sobre otro. El trabajo de la enfermería no era un área significativa de trabajo. En el caso de la enfermería, Florence Nightingale definió una posible área de trabajo, la entregó a los militares, después al poder civil que no estaban realmente utilizándola y creó escuelas asociación y conocimientos que las sirvieran. Los efectos en el sistema de creación de la enfermería empezaron sólo cuando la enfermería empezó a

expandirse fuera del hospital hacia la atención de salud primaria, invadiendo la jurisdicción más preciada de los médicos. (Abbott 23).

La ciencia de la enfermería: o conocimientos científicos es la “mente cognoscitiva” de la enfermería y comprende los conocimientos obtenidos mediante la investigación de enfermería y la realizada en otras disciplinas.

La estética de la enfermería: Es la forma en que se expresan los conocimientos de enfermería, abarca los sentimientos adquiridos por la experiencia subjetiva; expresa lo humanitario de su labor; actitudes, creencias y valores.

La ética en enfermería: se refiere a los conocimientos de las normas de conducta aceptadas por la profesión. Se ocupa del tema de los deberes, de lo que hay que hacer.

La Filosofía de la Ciencia será por tanto, la encargada de hacernos reflexionar acerca de la enfermería en cuanto disciplina científica y los obstáculos o problemas epistemológicos para obtener el conocimiento científico enfermero, es decir, la observación de los principios de la Filosofía de la Ciencia nos permitiría abandonar la herencia del sentido común que, todavía en la actualidad y de una forma tácita, pueden estar entorpeciendo el desarrollo científico de la Enfermería con dogmas ocultos, tradiciones de "opinión" no reconocidos como tales y que, durante las últimas décadas, han supuesto una heurística negativa (en el sentido que le da Lakatos a las reglas metodológicas que indican una ruta que debe ser evitada).

Líder: Dirigente, jefe, guía. En este caso, serían las personas a las que se les reconoce un cierto poder dentro del colectivo profesional.

Lógica: Hemos de entender el objeto de la LÓGICA como el estudio de la Estructura Interna y de la Dinámica de las Teorías Científicas. De las tendencias lógicas más influyentes durante la segunda mitad del siglo XIX y lo que va del siglo XX de los 8 enunciados sólo citaré el I. "la lógica empírica" o de la inducción. Esta lógica se convirtió cada vez más en una metodología del conocimiento científico.

Mediante la Semántica nos aproximamos a los problemas relativos al significado de los términos y enunciados científicos. Enfermería, si la consideramos como Ciencia Humana y Social, el interés de la disciplina se centraría en los

cambios ideológicos y en la interpretación de los fenómenos de PERSONA, SALUD y ENTORNO.

Modelo conceptual: Representación abstracta que explica una perspectiva de la disciplina, una concepción que guía la práctica, la investigación, la formación y la gestión de los cuidados. El modelo conceptual clarifica la contribución de las enfermeras y el objetivo del servicio que prestan a la población (Adam, 1991).

Muestreo no probabilístico: La selección de sujetos o unidades maestras de una población por medio de técnicas no aleatorias; entre los ejemplos están los muestreos accidental, voluntario y por cuota.

Muestreo por sistema intencional: Este sistema conlleva la elección de las unidades muestrales que el investigador considera reúnen las características típicas para la investigación, de manera que pueden aportar la información necesaria al efecto.

Muestreo por sistema de bola de nieve: Este sistema permite conseguir la muestra a partir de la localización inicial de individuos con unas determinadas características, los cuales conducen a otros, y éstos a otros, y así sucesivamente hasta conseguir (en este caso) la muestra presentada.

Ontología: Calificación que se refiere a la naturaleza, al corazón y a la misma esencia de un fenómeno o de la existencia. Los principios ontológicos de la disciplina son los que reúnen su centro de interés.

Paciente/usuario: Suele referirse a la persona enferma. La palabra deriva de padecer y paciencia.

Percepción: implica todos los medios de entrar en contacto con las personas, las cosas, los sucesos y las ideas.

Poder: Dominio, jurisdicción, autoridad, facultad, potestad, etc. En este caso sería la autoridad intelectual que se ejerce desde ciertas instancias o instituciones sobre el colectivo.

Postulados: Y las que no podían ser demostradas ni eran evidentes por sí mismas recibieron el nombre de *Postulados*.

Profesión: Conjunto de personas que realizan la misma actividad y que suelen tener un título universitario. En sociología las profesiones también son analizadas como una forma de poder en una sociedad estratificada.

Protocolo: Normas de actuación que sigue el personal sanitario para atender a paciente/usuarios con tratamientos del tipo que sea.

Rol: En sociología designa los comportamientos que suelen tener las personas en la sociedad: el rol de paciente/usuario, el rol de médico.

Semántica: Desde la consideración que contempla la Lógica, la Semántica y la Epistemología como dimensiones de la Filosofía de la Ciencia, abordaremos el segundo aspecto, la Semántica, para, de este modo, llevar a cabo una interpretación del lenguaje enfermero, ya que la Ciencia es también un lenguaje preciso.

Tareas: Obra o trabajo. En enfermería, son aquellas acciones que en su conjunto definen las actividades propias del colectivo. El Health Services Mobility Study Approach (HSMS) un proyecto desarrollado entre 1967 y 1978 para investigar las dificultades asociadas a la movilidad ocupacional vertical en los hospitales municipales de la ciudad de Nueva York, en su metodología, definen la tarea como una unidad de actividad laboral en la que el trabajador, mediante la adecuada combinación de capacidades, tecnologías, conocimiento, materiales y equipo produce unidades de resultado. Esta unidad de actividad o trabajo puede trasladarse de un puesto de trabajo a otro con pleno sentido y significado. La identificación de una tarea se hace en base a tres criterios o puntos de referencia fundamentales:

- a) Unidad de resultado independiente e identificable que se deriva de la ejecución de la tarea.
- b) Medios que se utilizan para producir dicha unidad de resultado.
- c) Tipo de destinatarios, receptores o compañeros implicados en una tarea: refleja las características de las personas afectadas y determina el conocimiento necesario por parte del ejecutor para relacionarse con ellas. Gilpatrick, E. (1988), "El Health services mobility study approach" citado por Fernandez Rios, Manuel en Análisis y descripción de puestos de trabajo,(....), Diaz de Santos....

Teorema: Las proposiciones que podían ser demostradas y no eran evidentes se llamaron *Teoremas*.

Teorías: Conjunto de enunciados y proposiciones, formados por conceptos y relaciones entre estos conceptos, organizados de manera coherente y

sistemática que tiende a describir, explicar, o predecir un fenómeno. Las teorías enfermeras tienden a explicar o predecir los fenómenos de interés para la disciplina.

Terapéutica: Tratamiento de una enfermedad y dolor.

Tratamiento: Actuación con medicamentos, masajes, cirugía, etc.

USL: unidades de salud laboral, trabajan para mejorar la detección de los Problemas de salud relacionados con el trabajo.

BIBLIOGRAFIA COMENTADA

ADAM E.: *Hacia donde va la enfermería*. Madrid: Interamerican, 1982: Pp.5-10. Libro escrito según la autora para ayudar a las enfermeras a entender los escritos de Virginia Henderson. Para ello sitúa el concepto de enfermería de Henderson dentro de la estructura de un modelo conceptual y desarrolla y perfecciona los subconceptos identificados por Henderson. Libro de exposición clara y con ejemplos muy didácticos.

ALBERDI CASTELL, R.M.: *Sobre las concepciones de la Enfermería. Rol de Enfermería 115 (marzo 1988) 25-30*. Este artículo fue expuesto como comunicación oral el Día Internacional de la Enfermera en el Hospital de San Pablo en Barcelona en el año anterior a su publicación. El texto se centra en el análisis de la identidad profesional y de la construcción del discurso de la Enfermería. Según la autora, existen al menos tres concepciones distintas dentro de la Enfermería española sobre cuál es el eje alrededor del que se estructura nuestra profesión. Tres visiones diferentes sobre cuál es el núcleo de nuestro quehacer y el objetivo de nuestra aportación al cuidado de salud.

CANALS J.: *Cuidar y curar: Funciones femeninas y saberes masculinos. Rev. Jano sept. 1985, pp. 365-371*. En el ámbito doméstico tradicional, la mujer ha sido la depositaria de funciones asistenciales que, con la industrialización, pasarían a ser ejercidas por instituciones y profesiones específicas, Entre ellas, destacan las referidas a la salud y la enfermedad, que de ser inseparables del papel de esposa y madre, han pasado a depender del saber de un especialista, el médico, que sólo ha dejado parcelas auxiliares a la mujer, sea en el hogar o en las instituciones sanitarias. (1985:117) corrobora la necesidad de cambios en el desarrollo curricular cuando explica que las enfermeras se han de expertizar y diversificar sus tareas para ser atractivas al mercado laboral.

COLLIÈRE M^ªF. (1982) : *Promover la vida*. Madrid, ed. Interamericana. pp. 104:233. La subordinación de la práctica profesional de enfermería a la determinación del rol de "la enfermera" hace que nos preguntemos por las razones de las dificultades que se encuentran al identificar la prestación y el servicio de enfermería. Comprender el pasado permite aprender el significado original y primordial de los cuidados: mantener, promover y desarrollar todo lo que existe o queda de potencial de vida dentro de los seres vivos. Elaborados por las mujeres alrededor de la fecundidad, los cuidados han visto modificar su concepción desde el cristianismo y la aparición de la medicina "científica". Despojada del saber y el poder los cuidados pierden valor social y sólo reaparecen cuando se transforman en una función de ayuda al médico. Cuidar de la vida sigue siendo importante para todos los seres humanos, ¿Quién asumirá esta función? Esta vía está abierta a la enfermería que después de un siglo de profesionalización sigue buscando su identidad: la identidad de sus competencias, la identidad de los cuidados de enfermería.

DIRECTIVA 77/453/CEE. MODIFICADA POR LA 89/595/CEE: Los distintos planes de estudios conducentes a la obtención del título oficial de Diplomado en Enfermería determinarán, en créditos, la carga lectiva total, que no podrá ser inferior a 205 ni superior al máximo de créditos que para los estudios de primer ciclo permite el RD 1497/1987.

DOMINGUEZ Alcón, (1989): *La percepción del cuidar*, Barcelona, Rol/nº127, 25:27. En Enfermería y profesión. Desde una perspectiva sociológica la autora nos acerca al concepto de "cuidar". Según ella, esta noción, base de la esencia de la profesión de enfermería, carece de una reflexión seria sobre su significado. Este artículo pretende acercarse a dos aspectos importantes del cuidar: la percepción y la valoración. Presenta una tabla muy interesante sobre la percepción del cuidar por parte de potenciales receptores de cuidados y una bibliografía muy centrada en la "esencia del cuidado".

FORREST, Darle, (1989): *The experience of caring*, Journal Advanced Nursing 14:815-823. Cuidar está ligado de manera inextricable a las creencias y la práctica de enfermería. Existen lagunas de lo que significa cuidar en las enfermeras que practican la enfermería. El objetivo de este estudio fue investigar los fenómenos de cuidar con 17 enfermeras de hospitales, quienes describieron en sesiones sus experiencias subjetivas sobre el hecho de cuidar. Para el análisis de los datos se usó el procedimiento de la Fenomenología, un método inductivo descriptivo (según Colaizzi). Aparecieron 30 temas básicos a partir de temas específicos, clasificados en 7 categorías bajo 2 clasificaciones generales: ¿Qué es cuidar? y ¿A qué afecta el cuidado? La estructura esencial del acto de cuidar descrita, y las implicaciones para la educación de la enfermería, la práctica y la investigación.

FRENCH P, ANDERSONJ, BURNARD P, HOLMES C, MASHABE G, WONG T y ZHAO BH, (1996): *International comparasion of baccalaureate nursing degrees: collaboration in qualitative analysis*, Journal Advanced Nursing 23, 594:602. Este artículo describe un estudio que investigó las similitudes y diferencias percibidas por una selección de enfermeras graduadas de diferentes continentes. Utilización del método Delphi y técnicas de grupo nominal. Análisis cualitativo de documentos curriculares. Las principales áreas de análisis: objetivos, métodos y valoración. Como conclusión plantea que una forma de que los programas de enfermería puedan facilitar un mayor desarrollo cognitivo y personal es la adopción de un programa de intercambio internacional. La importancia de la "visión universal" no sólo consiste en permitir un desarrollo cognitivo y personal sino que también tiene el efecto de capacitar a los estudiantes para reexaminar su propio contexto profesional y de vida. Se espera que este estudio ofrezca el estímulo para investigar la identificación del contenido curricular esencial así como las oportunidades menos usuales del estudio transcultural.

HADOT, Pierre (1996): entrevistado por François Ewald para Magazine littéraire y traducido por Juan Gabriel López Guix para La Vanguardia, sección cultura, martes 10 de septiembre, pp. 41-43. Historia de la "cura".

“Desde Sócrates, que invitaba a los atenienses a cambiar el objeto de sus cuidados y preocupaciones, a Foucault, que se refirió a la *"inquietud de sí"* para proponer un arte de vivir, el concepto de *"cura"* ha interpretado un importante papel en la historia del pensamiento. Pierre Hadot repasa, en esta entrevista, los principales puntos que definen su evolución.”

HENDERSON, V., (1994): *La naturaleza de la enfermería, reflexiones 25 años después*, Madrid, Interamericana, pp. 85. En su libro de 1966 *The Nature of Nursing* y del que ella misma describe como la "cristalización de sus ideas", Henderson define de una manera concisa la enfermería. En este libro que ahora citamos, presenta las reflexiones sobre su propia obra. Ella misma nos lo presenta: " En lugar de rescribir el libro completo, decidí comentarlo... lo que me permite exponer los cambios producidos en mi punto de vista y explicar mis opiniones o las razones por las que las cuestiono". Cree recordar la lógica de su pensamiento, la claridad y fácil comprensión de su lenguaje y la solidez de sus conceptos sobre la enfermería.

LEININGER M., (1978): *Transcultural nursing concepts: theories and practice*. New York: Ed. John Wiley and Sons, La teoría de Leininger se deriva de la disciplina de la antropología aplicada a la enfermería. Define a la enfermería transcultural como el área principal de la enfermería y se centra en un estudio comparativo y en el análisis de las diferentes culturas en relación con sus conductas respecto a la salud o con su falta. Desarrolla su teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales basándose en la creencia de que las personas de diferentes culturas pueden informar y determinar mejor el tipo de cuidados que desean o necesitan recibir de sus cuidadores profesionales. Afirma que con el tiempo "habrá una taxonomía para la práctica de la enfermería que reflejará diferentes tipos de cuidados definidos según la cultura y clasificados y comprobados como guía para proporcionar los cuidados de enfermería". En su libro define cada uno de los conceptos y elementos que intervienen en el proceso de cuidar, así como los diez supuestos básicos o hipótesis para estudio que ha ido investigando a lo largo de su carrera.

MEDINA MOYA, J.L., SANDÍN ESTEBAN, M .P., (1994): *Fundamentación Epistemológica de la teoría del cuidado (I)*, Enfermería Clínica Vol. 4 nº 5 4/5:221-231. El objetivo es ofrecer una panorámica actual en torno a la problemática epistemológica de la enfermería. Se trata de realizar una somera caracterización de algunos aspectos más controvertidos de la actual teoría del cuidado. Es un artículo dividido en dos partes, en la primera se examinan algunos supuestos de la racionalidad que subyace a la teoría del cuidado: naturaleza del conocimiento, sus límites, métodos, estructura y relación con la práctica. Se intenta demostrar lo inapropiado de algunos planteamientos más comúnmente utilizados para responder a las cuestiones acerca de la naturaleza, estructura y validez del conocimiento enfermero. Después de un largo recorrido

describiendo los diferentes significados en función de los diversos autores de la noción de "paradigma", los autores definen el conocimiento enfermero más como una combinación de saber teórico y conocimiento práctico (filosofía preocupada por el mejoramiento humano) que una disciplina científica tal como la describen Popper, Kuhn, Lakatos. Por otra parte plantean una estrategia muy interesante para conseguir el rango epistemológico de la teoría del cuidado, el cual consiste no en imitar los métodos de otras ciencias sino en delimitar la naturaleza de las verdades que establezca (Naturaleza del conocimiento enfermero) y el modo de obtenerlas (procedimientos) cuestiones que abordaran en la segunda parte.

MEDINA MOYA, J.L., SANDÍN ESTEBAN, M.P., (1995): *Epistemología y Enfermería (II): paradigmas de investigación en Enfermería*. Enfermería Clínica 5/1:40-52. En esta segunda parte del artículo, los autores analizan los tres paradigmas de la enfermería contemporánea. Se trata de explicitarla fortaleza y debilidad de sus planteamientos epistemológicos con el fin de demostrar que los planteamientos de métodos cuantitativos frente a los cualitativos es falsa ya que se basa en una opción epistemológica sin conocer el resto de las opciones metodológicas. En resumen lo que los autores nos plantean es que no hay acuerdo sobre la naturaleza del objeto a investigar (los cuidados) y que juzgar los resultados de unos métodos (cualitativos) desde una perspectiva epistemológica que utiliza métodos cuantitativos no es válido. Cada epistemología requiere su propio método de análisis.

PULPÓN AM. ICART M^ªT., (1995): *Análisis de las áreas prioritarias de investigación en enfermería en Catalunya (1994)*, Enfermería Clínica Vol. 5 núm.4 julio-agosto, pp157-162. Este artículo forma parte de una tesina presentada por Pulpón en el Curso de Diplomados en Sanidad (curso 93-94). El objetivo es dar a conocer las actividades desarrolladas por las cuatro comisiones que entre enero y marzo de 1994 definieron las áreas prioritarias de investigación en enfermería en Catalunya. Esta comisión de 31 profesionales analizó las directrices del Plan de Salud, las prioridades del Plan de Recerca (Investigación) en el apartado de Salud y Calidad de Vida. Después de analizar las áreas problema las clasificaron siguiendo la técnica de *pooled rank*. Las áreas que requieren mayor esfuerzo son la racionalización de recursos, la coordinación entre niveles asistenciales, los problemas de salud relacionados con la pérdida de autonomía, etc. En síntesis la investigación no ha de ser ajena a los cambios sociosanitarios que se producen en nuestra sociedad.

REAL DECRETO 1497/1987, DE 27 DE NOVIEMBRE, POR LO QUE SE ESTABLECEN LAS DIRECTRICES GENERALES comunes de los Planes de Estudios de los títulos universitarios de primer ciclo, con una duración de tres años, de acuerdo con la opción prevista en la Directiva del Parlamento Europeo y del Consejo relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales. En el Anexo V.2: Enfermero responsable de cuidados generales: directiva del Parlamento Europeo y del Consejo relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales/COM/2002/0119-COD. 2002/0061*/ Diario Oficial nº C181 E de 30/07/2002 p.0183-0257.

RIEHL J.P., ROY C., (1980): *Conceptual Models for Nursing Practice*. 2ª Edición New York: Appleton-Century-Crofts. pp 3-5 Exposición de los modelos conceptuales de estas dos autoras. El modelo de *Riehl* es un modelo de interacción simbólica, el ingrediente principal de esta interacción es la comunicación. Su trabajo se basa en la sociología. El modelo de *Roy* se basa en el modelo de adaptación de Helson. Combina diferentes teorías para explicar la interacción del individuo con el entorno. Es un modelo en auge muy bien estructurado de corte neoclásico.

SILES GONZALEZ, J.,(1997): *Epistemología y enfermería: por una fundamentación científica y profesional de la disciplina*. Rev. Enfermería Clínica, Vol. 7, núm. 4 pp. 188-194. El autor nos brinda una plataforma de reflexión sobre el objeto de conocimiento de la enfermería y contribuir a la clarificación de las coordenadas epistemológicas con la finalidad de facilitar su ubicación en la taxonomía aportada por la UNESCO. El autor sostiene que si no se es capaz de solventar adecuadamente esta cuestión resultará infructuoso cualquier intento de vertebración científica ya que según el autor existe una falta de concisión epistemológica en la enfermería que da lugar al solapamiento o a la incorrecta ubicación de la Enfermería en la taxonomía científica. Muy interesante sus conclusiones.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTARIA

- ABBOTT, Andrew (1988): *The System of Profession. An Essay on the Division of Expert Labour*. Chicago, Chicago University Press.
- ADAM, Evelyn(1991): *Être infirmière*, Québec, Éditions Études Vivantes, 3 ed.
- ALBERDI CASTELLS, R.M. (1998): *Estrategias de poder y liderazgo para desarrollar el compromiso social de las enfermeras*, revista Rol de Enfermería, nº 239-240, julio-agosto, pp. 27-31.
- ALBERDI CASTELLS, ROSA Mª (1992): *La identidad profesional de la enfermera* Rev. Rol, nº170, octubre, Pág.: 39:44
- ARCAS Pilar, (1990): *Investigar en enfermería. Prioridades y estrategias*, Rev. ROL de Enfermería nº 148 (Diciembre): 55-60.
- ARISTÓTELES (1967): *Economía doméstica*. En *Obras completas*. Aguilar, Madrid, pp. 1377-1399.
- ARISTÓTELES (1983): *Acerca del alma*. Gredos, Madrid.
- ARISTÓTELES (1988): *Política*. Gredos, Madrid.
- ARISTÓTELES (1992): *Investigación sobre los animales*. Gredos, Madrid.
- ARISTÓTELES (1994): *Reproducción de los animales*. Gredos, Madrid.
- AULA D'ATENCIÓ PRIMÀRIA: *L'atenció d'infermeria a l'atenció primària*. Institut Català de la Salut. Divisió d'Atenció Primària. institut català de la salut.
- BAUBERÓT, Jean (1993): «La mujer protestante». En DUBY, Georges y PERROT, Michelle (dir.): *Historia de las mujeres. El siglo XIX*. Madrid, Taurus.
- BENAVENT GARCÉS, A., FERRER FERRANDIS, E., FRANCISCO DEL REY, C, (2001): *Fundamentos de enfermería*, Enfermería Siglo 21, Madrid, Ed. DAE

- BENNER, Patricia (1987): *Práctica progresiva en enfermería. Manual de comportamiento profesional*, Barcelona, Grijalbo.pp:63
- BLANCO R., TORRES RM., ZAPICO F.,(2005): *Innovación docente y Convergencia Europea: Formar en competencias*. Rev.Metas de Enfermería, Nº 8(1):60-66 Febr.
- BRAILOVSKY CA.(2001): *Educación médica, evaluación de las competencias*. En: Aportes para un cambio curricular en Argentina. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud. Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires,
- CALVACHE PÉREZ, M., (1989): *La enfermería sistémica: propuesta de un modelo ecológico*, Madrid, Ed. Díaz de Santos.
- CANALS, Josep (1992): *La imagen femenina de la enfermería: condiciones socioculturales de la profesión de cuidar*. Barcelona, S.A. Rol/nº 172.
- CAPARRÓS, A., ROIGÉ, A., (1998): *Enfermería y comunicación*, Revista Rol de Enfermería, nº 238, junio pp.14-15.
- CAPRA, F, (1982): *El punto crucial. Ciencia, sociedad y cultura naciente*. Barcelona, Integral; sobre las Escuelas psicológicas ver Capítulo 6: "La filosofía Newtoniana" en Capra 1982: 186).
- COHEN, H. (1988): *La enfermería y su identidad profesional*. Barcelona, Ediciones Grijalbo.
- COL.LEGI OFICIAL D'INFERMERIA DE BARCELONA (1997): *Informe encuesta: De l'escola a la realitat professional. De la teoria a la práctica*. Revista del Col.legi d'Infermeria de Barcelona núm. 10 segona època. Juliol.
- COLLIÈRE M-F. (1993) : *Promover la vida*. Madrid: Interamericana-Mcgraw-hill, Pág.:109,110 p; 114,115 p, 116 p; 158 p.
- COLOMER J., et Al.,(2002) : *Els valors en el segle XXI : acollidors, experts i solidaris*, Revista de l'Hospital Vall d'Hebron.
- COMISSIÓ D' INFERMERI I LES SEVES ESPECIALITATS ESPECÍFIQUES DEL CONSELL CATALÀ D' ESPECIALITATS EN CIÈNCIES DE LA SALUT (Octubre 1996): *Proyecto sobre Competencias de la Profesión de Enfermería* (1997), Consell de Col.legis Oficials de Diplomats en Infermeria de Catalunya, Barcelona
- COMPETÈNCIES de la *Professió d' Infermeria* (1997): Consell de Col legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya, COMPETÈNCIES de Professions Sanitàries, Institut d'Estudis de la Salut, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Departament de Universitats, Recerca i Societat de la Informació, Juliol 2002.
- COMPETÈNCIES i *línies generals d'actuació de les Auxiliars d'infermeria*,(2003) : Generalitat de Catalunya, departement de Sanitat i Seguretat Social, maig
- CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA (Marzo 1998): *Libro blanco de la Enfermería. La Aportación de la Enfermería a la Salud de los Españoles*. Enfermería actualidad, Unión Profesional de La Enfermería, nº 23, año III, Madrid.
- CROS CARULLA et Alt.(1998): *Portadores de los virus de la hepatitis B y C. Estudio sobre su nivel de información*, Revista Rol de Enfermería, nº 239-240, julio- agosto, pp. 51-54.
- De MIGUEL, Jesús (1990): *El futuro de las profesiones sanitarias*, Rev. Jano 25-31 Mayo Vol. XXXVIII, nº 909.

- DEL REY, C. (2001): *Fundamentos de enfermería*, Enfermería Siglo 21, Madrid, Ed. DAE SL,
- DOMINGUEZ ALCON, C., (1981): *La Infermeria a Catalunya*, Barcelona, Ediciones Rol,
- DOMÍNGUEZ-ALCÓN, C. (1985): *Imagen de la enfermera en la sociedad*, Barcelona, Revista Rol nº 83; enfermería y profesión; pp66-72)
- DOMÍNGUEZ-ALCÓN, C. (1986): *Los cuidados y la profesión enfermera en España*, Madrid: Pirámide, especialmente pp: 15-37 en relación con la génesis de la profesión.pp. 203-205 en relación a Concepción profesional y profesionalización.
- DOMÍNGUEZ-ALCÓN C. (1989): *Reflexiones sobre enfermería: imagen autoimagen*. En: XI Congreso Nacional de Enfermería en Cardiología. Barcelona, Mayo; 20
- DONAHUE P.: *Historia de la Enfermería*, Madrid Harcourt, & Mosby, 1985
- DUBY, Georges y PERROT, Michelle (1991) (eds.): *Historia de las mujeres. I. La Antigüedad*. Madrid, Taurus.
- DUCHARME Francine, en Evelyn Adam (1991) : *Être infirmière*, Québec, Éditions Études Vivantes, 3^a édition.
- EHRENREICH, B. y ENGLISH, D. (1988): *Brujas, comadronas y enfermeras*. Barcelona, La Sal.
- EHRENREICH, B Y DIERDRE ENGLISH: 1990): *Por su propio bien*, Barcelona Taurus, Cáp. 3
- ENFERMERÍA 21: *Encuesta en Pág. Web*.
- ENQUESTA DE SALUT DE CATALUNYA (1994): Barcelona, Departament de Sanitat i Seguritat Social, Generalitat de Catalunya.
- ESEVERRI CHAVERRI, Cecilio (1984): *Historia de la Enfermería española e hispanoamericana*, Barcelona, Ed. Salvat Editores,
- EVANS, Joan (1997): «Men in nursing: issues of gender segregation and hidden advantage». *Journal of Advanced Nursing* 26: 226-231.
- FEDERACIÓN ESTATAL DE SANIDAD DE CC.OO., (2004): *Legislación Básica de Sanidad*, Madrid, abril
- FERTONANI, M., ACTIS GROSSO, C., (1978): *Análisis y valoración de tareas*, Ed. Deusto, Bilbao
- FISHER, M. (1999): «Sex role characteristic of males in nursing». *Contemporary Nurse* 8: 65-71.
- FOUCAULT, Michel (1989): *Historia de la sexualidad. 1. La voluntad de saber*. Madrid, Siglo XXI, pp: 59.
- FRANK, C.M. y ELIZONDO, T. (1987): *Desarrollo histórico de la enfermería*. México, Ediciones Copilco.pp.268
- FREIDSON Eliot y Lorber J., (1977): *Medical Men and Their Work*, Chicago, Aldine Publishing Company.
- FREIDSON Eliot y Lorber J., (1978): *La profesión médica*. Barcelona, Península pp: 353-373 *sobre los límites de la autonomía profesional*.
- FREIDSON E. (1994): *Professionalism Reborn: Theory, Prophecy and Policy* (Chicago: The University of Chicago Press, C.1.
- GARCIA MARTIN-CARO et al, (2001): *Historia de la Enfermería. Evolución histórica del cuidado enfermero*, Madrid, Harcourt.

- GARCÍA SIERRA (1923): *Las carreras auxiliares médicas. Reformada ampliación del manual del practicante y de partos*. Madrid, Librería Internacional de Romo, pp: 2-7.
- GERMAN C, (2000): *El modelo profesional de enfermería Comunitaria*. En Moreno y cols. *Enfermería Comunitaria. Actuación en enfermería comunitaria. Sistemas y programas de salud*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana.
- GOGUELIN, P, (1970): *La formación continue des adultes*, PUF (Traducción al castellano Formación continua de adultos, (1973), Madrid, Narcea
- GONZÁLEZ A, LÓPEZ, M., SÁEZ, J., (1986): *Las ciencias sociales y la educación del sentido crítico*. Nau Llibres. Valencia,: 92-94.
- GONZÁLEZ de la FE, María Teresa (1998): *Diccionario de Sociología*. Madrid, Alianza Editorial.
- GONZÁLEZ JURADO, MÁXIMO, (1998): *Rol contribuye a difundir el conocimiento de la enfermería*, Revista Rol de Enfermería, nº238, junio pp.12-13.
- GOTTLIEB n., Laurie (1997): *Co-opetition: A Model for Multidisciplinary Practice*. Canadian Journal of Nursing Research (1):3-5
- GRUPO ENELDO (1993): *Niveles de introducción de las teorías de enfermería e identificación de los estilos de solución de problemas*, Valencia, Diciembre, Documento de trabajo sin publicar.
- GRUP IX (1987): *Proyecto de Reforma de las Directrices para la elaboración de los Planes de Estudios de Diplomado en Enfermería*, Madrid, Universidad de Barcelona (Escuela Universitaria de Enfermería).
- GUILBERT J.J., (1977): *Guía Pedagógica para el Personal de Salud*, Valladolid, ICE de la Universidad de Valladolid, 4º edición 1981.
- HABERMAS, J., (1984): *Ciencia y técnica como ideología*. Tecnos. Madrid.
- HABERMAS, J., (1988): *La lógica de las ciencias sociales*. Tecnos. Madrid,:29-32.
- HAINES, Judith, (1993) : *L'Infirmière praticienne*. Documento de trabajo, Association des Infirmières et infirmiers du Canada, Ontario.
- HART, G., ROTEM, A., (1994): *The best and the worst: students' experiences of clinical education*. Australian Journal of Advanced Nursing. Mar-May, 11(3), pp.26-33(AU).
- HENDERSON, Virginia (1971): *Principios básicos de los cuidados de enfermería*, Ginebra, Consejo Internacional de Enfermería (CIE).
- HERNÁNDEZ CONESA, J. (1995): *Historia de la Enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de enfermería*. Madrid, Interamericana MC Graw-Hill: 121-140
- ICART ISERN M.T. (1993): *Introducción al movimiento de la investigación en enfermería*" Enfermería Clínica Vol., núm.3; 31,34 p.
- ICART ISERN, M.T., (1998): *Enfermería basada en la evidencia (EBE): un nuevo desafío profesional*, Enfermería Clínica, Vol.8, nº2 pp77-83)
- ICS, (1992): *Estudi de planificació de recursos humans referent al col·lectiu de INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT. AULA D'ATENCIÓ PRIMÀRIA. L'atenció d'infermeria a l'atenció primària*. Institut Català de la Salut. Divisió d'Atenció Primària.
- JENOFONTE (1967): *Economía*. Sociedad Estudios y Publicaciones, Madrid.
- JOVELL, ALBERT, (1992): *Sociología de las Profesiones, análisis de los estudios de tres autores de las ciencias sociales: Andrew Abbott The system of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor, Chicago, Chicago University Press, 1986; Elliot Freidson: Professional Powers: A Study of the*

- Institutionalization of Formal Knowledge, Chicago, Chicago University Press, 1986, y Magali Safartti Larson: The Rise of Professionalism: A Sociological Analysis, Berkeley, University of California Press, 1979.* Revista Española de Investigaciones Sociológicas (REIS) 59. Monográfico sobre "Profesiones": Artículo en la sección de Crítica de Libros.
- KANE, (1992): *Deficiencia de competencia*, en BRAILOVSKY CA. (2001), *Educación médica, evaluación de las competencias*. En: Aportes para un cambio curricular en Argentina. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud. Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.
- KÉROUAC, S. et al. (1996): *El pensamiento enfermero*, Barcelona, Masson J.S.pág.2.
- KHUN Thomas, (1962): *La estructura de las Revoluciones Científicas*. México, Fondo de Cultura Económica.
- KOZIER B, ERB G, BLAIS K, WILLKINSON JM. (1999): *Fundamentos de enfermería, conceptos, procesos y prácticas*. 5ª edición. Madrid: Mc Graw-Hill Interamericana;
- LA BIBLIA (1988): *Cf. Proverbios 7, 10-12; Eclesiástico 9, 1-9; 25, 17-36 y 26, 10-15; 1 Reyes 11, 1-27; 1 Corintios 7, 1-35*, respectivamente, Madrid Ed. Paulinas,
- LAIN ENTRALGO, P., (1982): *Historia de la medicina*. Barcelona. Salvat,
- LEININGER, M (1985): *Transcultural care diversity and universality: A theory of nursing*. Nursing and Health Care, 6 (4):209-212.
- LEY 16/2003 de 28 de mayo DE COHESIÓN Y CALIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD,
- LEY 44/2003 de 21 de noviembre DE ORDENACIÓN DE LAS PROFESIONES SANITARIAS, (LOPS)
- LLIBRE BLANC *de les professions sanitàries a Catalunya, Barcelona (2003):* Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social.
- LOPEZ RUIZ, Julia, (1992): *Aproximación al concepto hombre-persona, objeto de los cuidados de enfermería*, Rv. Enfermería Clínica, Vol.2, Nº 5 pp. 192:196.
- MANGLAY-MANGLACAS, A., (1992): *Nursing Research in developing countries: Needs and perspectivas*, Journal of Advances Nursing, 17:267-270.
- MARTIN ZURRO, A., (2003): *Atención Primaria, conceptos, organización y práctica Clínica*, Ed. Doyma, Barcelona, 5ª ed.
- MARRINER-TOMEY, A., (1994): *Modelos y teorías en enfermería*, Mosby/Doyma Libros, Madrid, 3ª ed 102-115. (Henderson); 494-507 (Adam); 269-304 Neuman); 211 230 (Rogers); 424-445 (enfermería transcultural); 501-527 (Madeleine Leininger); 446-460 (Filosofía existencial de Merleau, Heidegger, Sartre).
- MARRINER-TOMEY, A., (2003): *Modelos y teorías en enfermería*, Mosby/Doyma Libros, Madrid, 5ª ed pp 529 (Parsons)
- MASLOW, Abraham (1970): *Motivación y personalidad*, 3ª ed., Díaz de Santos, Madrid
- McCLOSKEY & BULECHEK (2002): *clasificación de intervenciones de la universidad de Iowa (sistema NIC o CIE en la traducción al castellano)*, Madrid, Ed. Harcourt, Mosby & Elsevier Science.
- McCUTCHEON, LE. (1996): *Male nurses sex-role orientation and values*. *Psychology Reports* 79: 1227-1232.

- McKENNA, H. (1997): *Nursing theories and models*, London, Routledge.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (Abril 1993): *Borrador bases para la Ordenación de las Profesiones Sanitarias, Dirección General de Ordenación Profesional.*
- MOORE, G., REY, D. Y ROLLINS J., (1997): *La sanidad en el tercer milenio. Cómo la revolución tecnológica está cambiando el pulso de la sanidad*, Andersen Consulting.
- MORA TEMPRANO G, URRUELA RODRIGUEZ, V. (1989): *Redefinir el rol de enfermería*. Rol de Enfermería Mayo; 129: 23-25.
- NIILUOTO, Ilka, (1993): *The Aim and Structure of Applied Research*, Rv. Erkenntnis nº 38: 1:28.
- NORMALIZACIÓN DE LAS INTERVENCIONES PARA LA PRÁCTICA DE LA ENFERMERÍA (NIPE), (2002): Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo y Consejo General de Enfermería.
- NURSING: Artículo de opinión I, Miércoles 1 de enero 2003. Vol. 21 nº 1 p.50-53, Artículo II, Sábado 1 de marzo 2003. Vol. 21 nº 03 p.58-61, Artículo III, Domingo 1 de Junio 2003. Vol. 21 nº 06 p. 62-65 y Artículo IV, Miércoles 1 de Octubre 2003. Vol. 21 nº 08 p.60-63
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS): *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*, pp. 5-6, Ginebra.
- OSTROV L. 1973: *Formación y Rol del Psicólogo*. En: El Rol del Psicólogo. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión,
- PACQUIAO, DULAF., (2003): *Cultura de los cuidados y género*, Rev. Cultura de los cuidados, revista de enfermería y humanidades, Valencia, Ed. Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA), 1er semestre, Año VII nº 13.
- PAGELS, Elaine (1989): *Adam, Eve and the Serpent*. Vintage Book, Nueva York. En Zapico y Adrián 2003.
- PARDO SERRANO et al. (1992): *Judaísmo y salud I*, Enfermería Científica, nº 129, diciembre
- PEPLAU HILDEGARDE, (1992): *Relaciones interpersonales en enfermería. Un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica*, Barcelona, Masson - Salvat Enfermería. Ediciones Científicas y técnicas.
- PIZAN, Christine (1995): *La ciudad de las damas*. Siruela, Madrid.
- PLA DE SALUT DE CATALUNYA 1993-95. *Tercera parte, apartado B, capítulo 2, tema 2.4 Formació continuada dels professionals, 2.5 Recerca y 2.6 Participació dels professionals. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguritat Social. Barcelona, maig 1993.*
- PLA DE SALUT DE CATALUNYA 1996-98. *Capítol vuit: Implicar als professionals*. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguritat Social. Barcelona, abril 1997.
- PLA DE SALUT ESCA 1994: *Enquesta de salut de Catalunya 1994*, Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguritat Social, Servei Català de la Salut, Àrea Sanitària, 1ª edició: Barcelona, octubre de 1996.
- POLANYI Michael: *Personal knowledge*, en Chalmers Alan F., (1984) *¿Qué es esa cosa llamada ciencia? Una valoración de la naturaleza y el estatuto de la ciencia y sus métodos.*, Madrid, Siglo XXI editores. pp.: 44-45-132-133.

- POLETTI Rosette y DOBBS, Bárbara, (1998): *El futuro de los cuidados enfermeros en Europa*, Barcelona, Rev. Rol, nº 238, junio, pp26:27.
- POTTER P, PERRY A. (2002): *Fundamentos de enfermería*. Vol.1. 5ª ed. Madrid: Mosby.
- PROFESSIONALS D'INFERMERIA DE L'INSTITUT CATALA DE LA SALUT: EL PERSONAL D'INFERMERIA DE L'INSTITUT CATALA DE LA SALUT. ESTUDI 1991, Àrea Serveis Matrius, Barcelona, 65 pàgines. Idioma: Catalán.
- QUIN, ROBYN Y MCMAHON, BARRIE (1997): *Historias y estereotipos*, Madrid, Ediciones de la Torre; Proyecto Didáctico Quirón nº 55)
- RAMÓN y CAJAL, S. (1982): *Los tónicos de la voluntad*. Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Cáp. VI.
- RD 1466/1990 de 26 octubre, modificado por el RD 1667/1990, de 20 de diciembre, por el que se estableció el título universitario oficial de Diplomado en Enfermería.
- RD 1558/1986, de 28 de junio, modificado por los RD 644/1988, de 3 de junio, y 1652/1991, de 11 de octubre.
- RD 305/1990, DE 23 DE FEBRERO, MODIFICADO POR EL RD 1275/1992, DE 23 DE octubre, que incorporaron al ordenamiento jurídico español las Directivas mencionadas en el apartado 1 anterior, teniendo en cuenta lo establecido en el apartado 7º del artículo 2 del RD 1497/1987.
- RD 305/1990, de 23 de febrero, modificado por el RD 1275/1992, de 23 de octubre, que incorporaron las correspondencias extraordinarias del crédito necesarias para garantizar la formación a tiempo completo, específicamente profesional, a que se refiere el primer inciso del apartado 2.b del anexo II.
- RIEHI SISCA, J., (1992): *Modelos conceptuales de enfermería*. Doyma Barcelona
- RIUS, Rosa (1992): *Isotta Nogarola: una voz inquieta del Renacimiento*. En BIRULÉS, Fina (comp.): *Filosofía y género. Identidades femeninas*. Pamplona, pp. 65-92. En Zapico y Adrián 2003.
- RIUS, EDUARD, (1998): *La enfermería del siglo XX*, Revista Rol de Enfermería, nº 238, junio pp.11.
- RODRIGUEZ, J.A. (1990): *Profesión médica y política*, Jano 25-31, mayo Vol. XXXVIII, nº 909:83-93.
- RODRIGUEZ, J.A., Y GUILLÉN, M.F., (1992): *Organizaciones y profesiones en la sociedad contemporánea*, Revista Española de Investigaciones Sociológicas, Reis, 59:9-18.
- RODRIGUEZ, J.A., Y C.BOSCH J.L., (2004): *Los médicos de Barcelona en el inicio del nuevo milenio*. Encuesta sociológica del Colegio de Médicos de Barcelona (COMB).
- RODRIGUEZ, J.A., Y C.BOSCH J.L., (2003): *Resultats de l'Enquesta de opinió Posa'ns un repte*. Enquesta sociològica del Col legi de Infermeras de Barcelona (COIB)
- RODRIGUEZ, J.A., Y C.BOSCH J.L., (2004) *Infermeres avui: Com som i com voldríem ser*. Conclusiones de l'estudi sociològic 2004. Ed. Col legi de Infermeras de Barcelona (COIB) y la UB.
- ROGERS, Martha, citada en MARRINER-TOMEY, A.: *Modelos y teorías en enfermería*, Mosby/Doyma Libros, Madrid, 1994, 3aed (pp.211 -230).

- ROMAY BECCARÍA, J.M., (1998): *Rol evoluciona conjuntamente con el sistema sanitario*, Revista Rol de Enfermería, nº 238, junio pp.10.
- ROSAS CERVANTES MD., Y FERNENDEZ JUNCO C., (1992): *Guía práctica de las prácticas clínicas en los estudios de enfermería*, Enfermería Clínica Vol., 2 nº 5 pp.: 43-45.
- SAINT-AMOUR, Marie et alt. (2004): *Trousse de Promotion de la vaccination: Modèle de Diffusion*, Université de Montréal
- SILES GONZÁLEZ., GARCÍA HERNÁNDEZ, E. (1995): *Las características de los paradigmas y su adecuación a la investigación en Enfermería*, Enfermería Clínica 160-161 (julio - agosto 1995):10-14.
- SILES JOSÉ (1999): *Historia de la Enfermería*, Alicante, Ed. Aguaclara.
- SINDICATO DE ENFERMERÍA (SATSE) (1996): *Carrera Profesional de Enfermería*, Madrid, Olalla ediciones SL.
- THORPE, L.P.; y SCHMULLER, A.M., (1956) : *Les théories contemporaines de l'apprentissage*, Paris, PUF.
- TUNING EDUCATIONAL STRUCTURES IN EUROPE, (2003): *Informe final, fase uno*, ed. Julia González y Robert Wagenaar, Universidad Deusto y Groningen.
- VV. AA. (1975): *La Biblia de Jerusalén*. Desclée de Brouwer, Bilbao.
- WATSON J., (1985): *Nursing: Human Science and Human Care*. Appleton-Century-Crofts.Norwalk, Connecticut
- WATSON J., (2004): *Conferencia sobre la necesidad de "Reflexionar sobre la práctica enfermera"*, V Simposium AENTDE, Valencia 13 y 14 de mayo.
- ZAPICO, F. Y ADRIAN, Jesús, (2003): *¿Misoginia en el mundo de la enfermería?* Barcelona, Rv. Rol Enf. Vol.26 Nº 2, Febrero pp. 104:114. Para todo el estudio sobre misoginia y enfermería.

(MIMEO):

- ARCAS Pilar (1993): *La reflexión como conocimiento*, subraya el interés y la importancia del hecho de reflexionar, no sólo en la vida cotidiana sino en el ámbito del conocimiento reflexión es la capacidad de conocimiento interno. Décimo Congreso AEED (1989)
- ARROYO, M.P. (1994): *Certezas e incertidumbre: un análisis de la situación de la profesión.*, Conferencia inaugural de las XV sesiones de trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente (AEED).
- ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DOCENTE (AEED). XV sesiones de trabajo (1994).
- ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DOCENTE (AEED).Décimas Sesiones de Trabajo (1989).
- ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DOCENTE (AEED).Octavas Sesiones de Trabajo (1987).
- ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DOCENTE (AEED).Undécimas Sesiones de Trabajo (1990).
- ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DOCENTE (AEED): Asociación Española de Enfermería Docente (AEED): Décimas Sesiones de Trabajo (1989).Undécimas Sesiones de Trabajo (1990). XV sesiones de trabajo (1994).

- BLASCO, RosaM^a (1989): *Las Escuelas de Enfermería*, Mesa Redonda sobre Diez Años de Enfermería Española: Un camino hacia el futuro, Décimas Jornadas de Trabajo de la AEED, Madrid (diciembre).
- BUNK: (1994): *Contenido de las competencias*. En: Tejada, J. Competencias profesionales (1998) Documento de trabajo sin publicar.
- CLAUSTRE.OLIVERES (2003): *Distribución de Hospitales de la Red Catalana del SCS: Cáp.9*, Cursos Doctorat de La Universitat Politècnica de Catalunya (UPC).
- ERIK-ODDVAR E., et Alt., (2003): *Los Profesionales como guardianes del estado de bienestar. En los límites del conocimiento profesional*, Congreso European Sociological Association Meeting, Murcia, 23 Septiembre
- ESTEBAN, Manuel (1992): *La construcción de una Disciplina*, Decimoterceras sesiones de trabajo de la Asociación de Enfermería Docente (AEED), *Las Enfermeras del Tercer Milenio*, Sevilla. pp.:111-127.
- FRIEDMAN, (2003): *Autonomía profesional comparada con otros tipos de estrategias para el mantenimiento del control social y de tareas*, Congreso European Sociological Association Meeting, Murcia, 23 septiembre.
- GONZALO CASINO (2003): *Paciente/usuarios.org en La medicina vista desde Internet y pasada por el saludable filtro del escepticismo*. Viernes, 19 de diciembre.
- LARSON N, (1998): *La cooperación es una unión de fuerzas para conseguir fines comunes, como son mejorar la salud y promover la equidad y la justicia social en Cooperación en la salud Comunitaria del Día* Internacional de las Enfermeras. CIE, Pág. 3, Ginebra.
- L'ASSOCIACIÓ D'INFERMERIA CATALANA (ACI): *Associació d'Infermeria Catalana* (1997) en su 5º congreso
- ZAPICO, Florentina, (1995): *Els canvis i el treball infermer: el futur de la pràctica professional. Y Canvis docents necessaris per a abordar amb efectivitat el futur professional*, Barcelona, Jornadas organizadas por la AEED y l'Escola Universitària d'Infermeria Vall d'Hebron sobre *Els canvis en el sistema de salut i el seu impacte en el treball infermer*.
- ZEITLIN, Fromma, WINKLER, John y HALPERIN, David (eds.) (1990): *Before Sexuality. The Construciton of Erotic Experience in the Ancient Greek World*. Princenton University Press, Nueva Yersey.

ANEXO B: Cuadro sinóptico de las etapas de la enfermería

ETAPAS	CONOCIMIENTO CIENTIFICO SOBRE SALUD-ENFERMEDAD	RELACIONES DE PODER ENTRE MED.OFICIAL Y TRADICIONAL	PROTAGONISTA A-TENCIÓN ENFERMERÍA	LUGAR DE ACTUACIÓN	ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	CARACTERÍSTICAS DE OCUPACIÓN DE ENFERMERÍA
1ª ETAPA ÉPOCA CLÁSICA	E. HOMÉRICA SE ATRIBUYE A LAS ENFERMEDADES UNA NATURALEZA DIVINA "TEORÍA HIPOCRÁTICA DE LOS HUMORES" ENFERMEDAD, DESEQUILIBRIO ENTRE LAS POTENCIAS O ELEMENTOS QUE CONFIGURAN LA PHYSIS HUMANA O CRASIS	CONVIVENCIA PACÍFICA, SE REPARTEN LA PACIENTE/USUARIOLA: - SANADORES OFICIALES: ATIENDEN A LAS CLASES ALTAS, económicamente fuertes - SANADORES POPULARES: ATIENDEN A LAS CLASES BAJAS (campesinado, etcétera) económicamente débiles	MUJER "AMA DE CASA" ROMA: * DIACONISAS Iglesia primitiva * xenodoquios	- HOGAR FAMILIAR - OCASIONALMENTE EN TEMPLOS	- REPARADORAS de enfermedad emanadas del saber popular (pócimas, ungüentos - CONFORT Y BIENESTAR del paciente/usuario (alimentación, vestido, aso personal, movilidad) - DE AYUDA AL MORIBUNDO - DE AYUDA EN LOS NACIMIENTOS (comadronas) - CRIANZAS	- VOCACIONAL: ligada a su ROL de madre y ama de casa - EMPÍRICA, basada en los resultados obtenidos en la práctica - ATENCIÓN PERSONAL A PACIENTE/USUARIOS Y DISMINUIDOS
2ª ETAPA "EDAD MEDIA" FEUDALISMO, SOCIEDAD AGRARIA - Baja y Alta E.Médis. - S. XIII Primeras Universidades: PARIS BOLONIA OXFORD SALAMANCA	- SE ATRIBUYE A LA ENFERMEDAD UN "VALOR RELIGIOSO" - SE DA GRAN IMPORTANCIA AL ESPÍRITU, MENOSPRECIANDO EL CUERPO, CONSIDERADO COMO ENVOLTURA CARNAL DEL ALMA. - LA ENFERMEDAD SOBREVIENTE COMO CASTIGO POR LOS PECADOS COMETIDOS. - OCULTISMO DEL SABER CLÁSICO, RETROCESO DE PRÁCTICA MÉDICA. - SIGUE LA TEORÍA DE LOS HUMORES. SE PRACTICA LA SANGRÍA COMO TERAPIA	COMIENZAN LAS DESAVENENCIAS POR LA DISPUTA DE LA PACIENTE/USUARIOLA, YA QUE AUMENTAN LOS MÉDICOS TITULADOS. COMIENZA AL AMPARO DE LA SANTA INQUISICIÓN LA QUEMA DE SANADORAS POPULARES POR BRUJERÍA	MUJER "RELIGIOSA" * Clase social acomodada OCASIONALMENTE HOMBRES RELIGIOSOS QUE ATIENDEN A LOS HOMBRES Y A LOS HERIDOS DE GUERRA EN LAS CRUZADAS	ENFERMERÍAS DE LOS MONASTERIOS Y CONVENTOS	- DE HOSTELERÍA, acondicionamientos del ALBERGUE de los paciente/usuarios o disminuidos. - DE ADMINISTRACIÓN DE LAS ENFERMERÍAS DE LOS MONASTERIOS	- EMPÍRICA - VOCACIONAL: ligada a su ROL maternal y religioso - DISCIPLINA Y OBEDIENCIA, atributos castrenses desarrollados en las CRUZADAS - LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS, la mujer religiosa vive y se relaciona con los centros de saber de la época. CLASE SOCIAL ALTA
3ª ETAPA "EDAD MODERNA" REFORMA PROTESTANTE S. XVI CONTRARREFORMA SOCIEDAD COMERCIAL = BURGUESÍA	- CON EL RENACIMIENTO SE SECULARIZA EL SABER DE LA ÉPOCA - SE RECUPERA EL SABER DEL MUNDO CLÁSICO Y ADEMÁS DEL MUNDO ÁRABE. - SE CONSIDERA LA ENFERMEDAD COMO UN FENÓMENO INHERENTE A LA NATURALEZA HUMANA Y NO DIVINA DEL HOMBRE - SE ADELANTA EN EL CONOCIMIENTO DE ANATOMÍA Y FISIOLÓGIA, ASÍ COMO DE TERAPÉUTICA = AUGE DE LAS TÉCNICAS QUIRÚRGICAS A PARTIR DEL S. XVIII	SIGUE LA SITUACIÓN DE LA ETAPA ANTERIOR	Y ADEMÁS: - MUJER SEGLAR * Clase social baja	- HOSPITALES * CIVILES * RELIGIOSOS	SIGUE LA SITUACIÓN DE LA ÉPOCA ANTERIOR	- SE INICIA UNA ACTIVIDAD PROFESIONALIZADA, comienza el pago por servicios prestados. - LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS, la mujer seglar pertenece a estratos sociales bajo y tiene escasa o nula formación = Faenas domésticas

ETAPAS	CONOCIMIENTO CIENTIFICO SOBRE SALUD-ENFERMEDAD	RELACIONES DE PODER ENTRE MED.OFICIAL Y TRADICIONAL	PROTAGONISTA A-TENCIÓN ENFERMERÍA	LUGAR DE ACTUACIÓN	ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	CARACTERÍSTICAS DE OCUPACIÓN DE ENFERMERÍA
4ª ETAPA FINALES S. XIX DESPUÉS DE LA REVOLUCIÓN FRANCESA 1789	- POSTULADO DE KOCH, "TEORÍA ESPECÍFICA O UNICAUSAL DE LAS ENFERMEDADES"	DESAPARECEN LAS SANADORAS POPULARES, LA MUJER "ENCUENTRA SU PUESTO" EN LA ATENCIÓN DE SALUD EN LA ACTIVIDAD DE ENFERMERÍA	MUJER AUXILIAR DEL MÉDICO: - LAS DIACONISAS - ENFERMERAS INGLESA DE LA GUERRA DE CRIMEA 1854 - Doble extracción social - Reformistas (clase alta) - Trabajadoras (clase baja)	- HOSPITALES - DOMICILIOS	- DE AYUDA EN LOS PROCESOS MORBOSOS: * AYUDA EN LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS * AYUDA EN EL SEGUIMIENTO DEL CURSO CLÍNICO * AYUDA EN LA TERAPEUTICA	- ACTIVIDAD PROFESIONAL - ROL AUXILIAR - ATENCIÓN PROFESIONAL se pagan los servicios y se requieren estudios previos para ejercer - ESCUELA DE LAS DIACONISAS DE KAISERSWERTH - ESCUELA PARA ENFERMERAS HOSP. DE STO. TOMÁS DE LONDRES - SE DIRIGE LA ATENCIÓN HACIA ACTIVIDADES TÉCNICAS
5ª ETAPA S. XX	"TEORÍA MULTICAUSAL ENFERMEDAD" "ÉNFASIS EN FACTORES DE RIESGOS AMBIENTALES" "APORTACIONES DE LA ECOLOGÍA PARA ESTUDIAR LOS PROBLEMAS DE SALUD" "LA SALUD NO ES UN ESTADO SINO UN PROCESO QUE PROCURA MANTENER UN EQUILIBRIO DINÁMICO ENTRE EL MEDIO INTERNO DEL HOMBRE Y EL MEDIO AMBIENTE PROPICIANDO LA ADAPTACIÓN POSITIVA" "SE ENTIENDE POR ADAPTACIÓN POSITIVA LA CAPACIDAD DEL SER HUMANO DE RESPONDER A LOS ESTÍMULOS DEL MEDIO, DESARROLLANDO CADA VEZ MÁS SUS POTENCIALIDADES".	- NO PREOCCUPANTES - COMIENZA UN DISCRUSO ENTRE LA PROFESIÓN MÉDICA Y OTRAS PROFESIONES QUE TIENEN IMPLICACIONES EN EL FENÓMENO SALUD	- TANTO LA MUJER COMO EL HOMBRE	- INSTITUCIONES SANITARIAS: *Centros salud *Hospitales - COMUNIDADES: *Municipios *Barrios *Colegios *Centros de trabajo de ancianos *Etc.	- DE PREVENCIÓN * Primaria * Secundaria * Terciaria	- ROL AUTÓNOMO, basado en un marco conceptual propio de la profesión - ATENCIÓN PERSONAL QUE INCLUYE AL SANO - ATENCIÓN MEDIOAMBIENTAL O COMUNITARIA - CIENTÍFICA, basada en ciencias propias y auxiliares que le permiten identificar problemas y proponer soluciones - TRABAJO EN EQUIPO

ANEXO C: Cuadro cronológico de la evolución planes de estudios

Tabla B1. Evolutiva del Contexto histórico, político y social en relación con los planes de Estudios y Directrices, según la orientaciones curriculares y prácticas

DECADA DE LOS 70	Contexto Histórico, Político, Económico social	Plan de Estudios y Directrices	Orientaciones curriculares y Prácticas
<p>1970: (BOE nº 187 de 6 agosto) Ley 14/1970 de 4 de agosto, General de Educación y Financiamiento de la Reforma Educativa</p> <p>1971: Jornadas sobre los estudios de Enfermería organizadas por el Colegio De Enfermería de Barcelona.</p> <p>1973: En el Segundo Congreso de Hospitales realizado en Barcelona se presenta una propuesta de integración en la Universidad: currículo básico, especialidades y Enfermería Superior o Licenciatura</p> <p>1975: Muere Francisco Franco. Juan Carlos I es proclamado rey de España</p> <p>1976: Suárez Presidente del Gobierno. Primera amnistía. Los GRAPO amenazan la transición.</p> <p>Revolución del Personal Computer (PC)</p> <p>En (marzo) Constitución de la Comisión interministerial para la reforma de los planes de estudios de los Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS)</p> <p>1977: Atentado de Atocha contra abogados laboralistas.</p> <p>Legalización del PCE</p>	<p>1970 : (14/ de 4 de agosto) Ley General de Educación. En las Disposiciones Transitorias: Siete. Las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios se convertirán en Escuelas Universitarias o Centros de Formación Profesional, según la extensión y naturaleza de sus enseñanzas.</p> <p>(BOE nº 251 de 20 octubre) Ministerio de Trabajo, Orden de 30 de septiembre de 1970 por la que se aprueba la Ordenanza Laboral para la Enseñanza no estatal. En el Capítulo II, Art.5º Apartado B) Enseñanzas Medias comprende esta clase de enseñanzas de Ayudantes Técnicos Sanitarios</p> <p>1973: (BOE nº 231 de 26 septiembre) El Decreto 2293/73 de 17 de agosto, regula las escuelas Universitarias creadas por la Ley General de Educación. La Enfermería queda fuera de la Universidad.</p> <p>1977: D.77/452/CEE Directiva del Consejo de 27 de junio sobre el reconocimiento recíproco de los diplomas, certificados y otros títulos de enfermero responsable de cuidados generales, que contiene además medidas destinadas a facilitar el ejercicio efectivo del derecho de establecimiento</p>	<p>1970: (BOE 187) Cambio de los Estudios vigentes de Grado Medio con dos posibles salidas: 1ª) Formación profesional de Segundo Grado y b) Integración a la Universidad como Escuela Universitaria.</p> <p>1970: (BOE 251) Se orienta la formación de la enfermería a las escuelas de Formación Profesional.</p> <p>1977: (D 77/452/CEE) El cambio se concreta en: Ingreso en la Universidad con 12 años de formación entre Primaria y Secundaria; Equilibrio al 50% de las horas teóricas y prácticas; Formación más polivalente (promoción, prevención de la salud y curación y rehabilitación de la enfermedad; Cambio del enfoque de la Práctica (alejamiento del modelo biomédico por una visión más holística); y finalmente, la inclusión de asignaturas que ayuden a dar respuesta a las enfermeras en su</p>	

Primeras elecciones democráticas en España en 42 años, con el triunfo de la UCD. Adolfo Suárez, presidente.
España solicita la adhesión a la Comunidad Económica Europea
Retorna del exilio el President de la Generalitat Josep Tarradellas
 Vicente Aleixandre poeta de la generación del 27 gana el Nobel de Literatura.
XXX Conferencia de Alma-Ata

1978:
Se aprueba por referéndum la Constitución Española (Carta Magna)
 En (julio) primera revista de enfermería ROL: Informa sobre los procesos de cambio que está llevando a cabo el colectivo de enfermeras, sus experiencias docentes, profesionales y sociales.
 Nace la primera niña por inseminación in vitro (FIV)

1979:
Primeras elecciones municipales Muchos municipios son gobernados por la izquierda.
 Primer parlamento europeo elegido por sufragio universal.
 Creación de la Asociación Española de Enfermería Docente (AEED)
 El 25 de octubre se votó en referéndum los estatutos de Catalunya y Euskadi.
 RD 2210/1979, de 7 septiembre transferencias de las competencias de la Administración del Estado a la Generalitat de Catalunya en materia de sanidad, (entre otras).
 El día 27 de octubre de 1979 se proclama el Estatuto de Autonomía Catalán.

y de libre prestación de servicios.
 D.77/453/CEE Directiva del Consejo de 27 de junio de 1977 sobre coordinación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas relativas a las actividades de los enfermeros responsables de cuidados generales.
 (BOE nº 200 de 22 de agosto) Real Decreto 2128/1977 del Ministerio de Educación y Ciencia de 23 de julio sobre la integración a la Universidad de las Escuelas de ATS como Escuelas Universitarias de Enfermería
 (BOE nº 283 de 26 noviembre) Orden de 31 de octubre de 1977 del Ministerio de Educación y Ciencia por la que se dictan Directrices para la elaboración del Plan de Estudios de las EUE.

1978
 (BOE de 13 noviembre) 28141 Orden de 20 octubre 1987, se establecen las condiciones específicas que han de cumplir las Escuelas Universitarias de Enfermería (prácticas y locales)

práctica diaria.
 (D.77/453/CEE) considera que la formación que han de recibir los enfermeros responsables de cuidados generales ha de ser "a tiempo completo, específicamente profesional", con 4.600 horas de enseñanza "teórica y clínica" Se entiende por teoría "la parte de la formación en cuidados de enfermería... los estudiantes adquieren los conocimientos, la comprensión, las aptitudes y las actitudes profesionales necesarias para planificar, prestar y evaluar los cuidados integrales de salud". La "enseñanza clínica...la parte de la formación en cuidados de enfermería donde el estudiante aprende, dentro de un equipo y en contacto directo con un individuo sano o paciente/usuario y/o comunidad, a planificar, prestar y evaluar los cuidados integrales de enfermería requeridos a partir de los conocimientos y aptitudes adquiridos. Esta enseñanza se imparte en hospitales y otras instituciones sanitarias, bajo la responsabilidad del personal docente en enfermería y con la cooperación y la asistencias de otros enfermeros cualificados".

(BOE 283) Esta reforma incorpora el espíritu de la conferencia de Ama-Ata.

1979:

La AEED se gesta como grupo de presión con la intención de conseguir mejorar la presencia de la enfermería en la Universidad.

Fuente: Elaboración propia

DECADA DE LOS 80	Contexto Histórico, Político, Económico Social	Plan de Estudios y Directrices	Orientaciones curriculares y Prácticas
<p>1980:(BOE nº20 de 23 de enero), Real Decreto del Ministerio de Universidades e Investigación 111/80 de 11 de enero sobre homologación del título de ATS con el de Diplomado en Enfermería.</p> <p>(BOE nº 158 de 2 de julio): 14190: Resolución de 30 de junio de 1980 de la Secretaría de Estado para la sanidad sobre normas de funcionamiento del Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social.</p> <p>(BOE nº 276 de 17 de nov) 25207 Resolución del Ministerio de Educación y Ciencia con fecha de 11 de nov de 1980 de la Dirección General de Ordenación Académica y Profesorado, por la que se convoca el curso de nivelación de conocimientos, establecido por la Orden ministerial de 15 de julio de 1980 para la convalidación del título de Ayudante Técnico Sanitario por el de Diplomado en Enfermería.</p> <p>Atentado en Lequeito, mueren varios guardias civiles.</p> <p>Jordi Pujol sustituye a Tarradellas como Presidente de la Generalitat después de las elecciones que ganó CIU.</p> <p>1981:</p> <p>Entre ruidos de sables, dimite Adolfo Suárez.</p> <p>Tejero entra en el Congreso de los Diputados, el golpe de Estado fracasa por la intervención del Rey.</p> <p>Gobierno de Calvo Sotelo. Frustrado golpe de estado del 23 de febrero. 1981 El ECU se convierte en la moneda europea</p> <p>Se confirma el aceite de colza desnaturalizado como el causante de un síndrome mortal que aún perdura.</p> <p>Llega el Guernica fue el retorno de la legalidad democrática a la vida social.</p> <p>Acaba la revolución sexual iniciada en el 68, es cuando se aísla el VIH (SIDA)</p>	<p>1980:(BOE nº176 de 23 de julio), 15953: Orden de 15 de julio de 1980 por la que se establece un curso de nivelación de conocimientos a efectos de la convalidación académica del título de Ayudante Técnico Sanitario por el de Diplomado en Enfermería</p> <p>1983(Ley de Reforma Universitaria (LRU), 11/1983 de 25 agosto.</p> <p>1984: (BOE nº 198 de 18 agosto) 18291 Resolución de 23 de julio de 1984, de la Dirección General de Enseñanza Universitaria, sobre Centros colaboradores para la impartición del curso de nivelación para convalidación del título de Ayudante Técnico Sanitario por el de Diplomado en Enfermería durante el año 1985.</p> <p>1986: (BOE nº 26 de 30 enero) 2470 y siguientes: Universidades, acuerdo de 25 de noviembre de 1986, del Consejo de las Universidades, por la que se homologa desde la fecha de su impartición el plan de estudios establecido por la Universidad Autónoma de Barcelona para la Escuela las diferentes Escuelas Adscritas.</p> <p>1987: (BOE n1298 14 diciembre) El Ministerio de Educación y Ciencia plantea la reforma de las enseñanzas universitarias, Real Decreto 1497 de 27 de noviembre de 1987, dispone las directrices planes de estudios y expresa un mínimo de 60 y un máximo de 9º créditos/año. Duración de los estudios en 3 años (mínimo de 1800 h., máximo 2700 h.)</p>	<p>1980: (BOE 176) Los profesores de las Escuelas de ATS mediante ésta convalidación, inician la formación de los futuros Diplomados. La formación (materias) que se imparte en este curso, es la base de la formación. Por primera vez, los planes de estudios hacen referencia a otras disciplinas que no sean las médicas y otros autores que no sean españoles. Se entra en el mundo del conocimiento anglosajón: Teorías de enfermería y prácticas en la Atención Primaria y en la Especializada. (BOE 158) El artículo 9º del FIS permite a los profesionales de enfermería colarse en la rígida estructura del Fondo de investigaciones ya que "el Consejo Científico podrá acreditar como "Unidades de Investigación" a los servicios o grupos de trabajo que desarrollen de forma satisfactoria y continuada, tareas de investigación en un campo determinado.</p> <p>1981: Las Directivas Europeas (CEE) 77/452 y 77/453, sobre los estudios de Enfermería, establecen 4600 h., en 3 años. Las recomendaciones de la CEE son un mínimo 1/3 = 1533 h de teoría y un mínimo 1/2 = 2300 h de prácticas. El Decreto 1497 (Nov. 87) en las Directrices se especifican un mínimo del 30% para materias troncales (las de obligada inclusión en todos los planes de estudios estatales + 10% mínimo que viene marcado por el currículum escogido por el alumno.</p> <p>1982: Gran transformación política: sistema sanitario, educativo e inicios de reforma en la Atención primaria.</p>	

<p>1982: España entra en la Alianza Atlántica Elecciones generales en España. Triunfo del PSOE. Felipe González, presidente. España entra en la Comunidad Económica Europea. Oscar para Garci por <i>Volver a empezar</i> 1983 Se edita la revista Nursing en español 1985: España entra en Europa 1986: Muere Tierno Galván <i>el viejo profesor</i> convertido en Alcalde de Madrid. Referéndum de la OTAN que ganan, tras los socialistas cambiar de idea, por escaso margen Ley General de Sanidad. De 25 abril. Se inicia el proceso de transferencias sanitarias a las Autonomías. Incorporación de las enfermeras españolas al Comité Consultiva para la formación de enfermería de la CEE representando al Ministerio de Universidades, al Ministerio de Sanidad y a la Organización Colegial Barcelona sede de los Juegos Olímpicos del 92. Será la gran transformación de Barcelona.</p>	<p>(BOE nº 183 1 agosto) 17866 RD 992/1987 de 3 julio por el que se regula la obtención del título de Enfermero especialista. En al actualidad existen siete y son los que poseen Calificaciones complementarias a las de un enfermero generalista y está habilitado para ejercer como especialista en un ámbito determinado de los cuidados de enfermería (BOE nº 298 14diciembre) 27707 RD 1497 de 27 nov. Por el que se establecen directrices generales comunes de los planes de estudio de los títulos universitarios de carácter oficial y validez en todo el territorio nacional.</p>	<p>1983: La LRU permite acceder a las enfermeras docentes que han superado la prueba de nivelación de la UNED a las plazas de Enfermería de pleno derecho. Nursing: Informa sobre la actuación profesional y sobre todo de lo que hacen las enfermeras de los EEUU. La incorporación a la Comisión de la CEE hizo posible el intercambio y el conocimiento de la enfermería española.</p> <p>1987: Comisión de enfermeras convocadas por el MEC elaboró el documento marco donde definieron las bases conceptuales de la profesión, las habilidades instrumentales y las materias necesarias para conseguir un futuro profesional en la línea de equiparación internacional. También plantearon un segundo ciclo.</p> <p>(BOE 298) Deroa la Orden de 31 oct.77 (BOE de 26 nov.) Sobre directrices de planes de estudio Enfermería.</p>
<p>1989: Directiva 89/595/CEE del Consejo de 10 de octubre de 1989 por la que se modifica la Directiva 77/452/CEE sobre el reconocimiento recíproco de los diplomas, certificados y otros títulos de enfermero responsable de cuidados generales, que contiene además medidas destinadas a facilitar el ejercicio efectivo del derecho de establecimiento y de libre prestación de servicios, así como la Directiva 77/453/CEE sobre coordinación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas relativas a las actividades de los enfermeros responsables de cuidados generales. D. 89/594/CEE del Consejo de 30 de octubre de 1989, por la que se modifican las Directivas: 75/362/CEE, 78/686/CEE, 78/1026/CEE y 80/154/CEE sobre reconocimiento mutuo de diplomas, certificados y otros títulos de médicos, enfermero responsable de cuidados generales, de odontólogo, de veterinario y de matrona, respectivamente, así como las D. 75/363/CEE, 78/1027/CEE y 80/155/CEE sobre la coordinación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas relativas a las actividades de médico, de veterinario y de matronas o asistente obstétrico respectivamente</p>	<p>1989: Directiva 89/595/CEE del Consejo de 10 de octubre de 1989 por la que se modifica la Directiva 77/452/CEE sobre el reconocimiento recíproco de los diplomas, certificados y otros títulos de enfermero responsable de cuidados generales, que contiene además medidas destinadas a facilitar el ejercicio efectivo del derecho de establecimiento y de libre prestación de servicios, así como la Directiva 77/453/CEE sobre coordinación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas relativas a las actividades de los enfermeros responsables de cuidados generales. D. 89/594/CEE del Consejo de 30 de octubre de 1989, por la que se modifican las Directivas: 75/362/CEE, 78/686/CEE, 78/1026/CEE y 80/154/CEE sobre reconocimiento mutuo de diplomas, certificados y otros títulos de médicos, enfermero responsable de cuidados generales, de odontólogo, de veterinario y de matrona, respectivamente, así como las D. 75/363/CEE, 78/1027/CEE y 80/155/CEE sobre la coordinación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas relativas a las actividades de médico, de veterinario y de matronas o asistente obstétrico respectivamente</p>	<p>1987: Comisión de enfermeras convocadas por el MEC elaboró el documento marco donde definieron las bases conceptuales de la profesión, las habilidades instrumentales y las materias necesarias para conseguir un futuro profesional en la línea de equiparación internacional. También plantearon un segundo ciclo.</p> <p>(BOE 298) Deroa la Orden de 31 oct.77 (BOE de 26 nov.) Sobre directrices de planes de estudio Enfermería.</p>

(89/594/CEE).

1989

Internet se convierte en la mayor autopista de la información.

Cae el muro de Berlín

Cela gana el Nobel.

1989:

(D. 595) Queda modificada como sigue: en el artículo 1, la letra b) del apartado 2 y los apartados 3 y 4 se sustituyen por el texto siguiente: "b) una formación a tiempo completo, específicamente profesional, referida obligatoriamente a las materias del programa que figuran en el Anexo de la presente Directiva y que comprenda 3 años de estudios o 4.600 horas de enseñanza teórica y clínica. La duración de la enseñanza teórica deberá ser al menos un tercio y la de la enseñanza clínica de al menos la mitad de la duración mínima de formación a que se refiere la letra b) del apartado 2".

(D. 594) Considerando que procede introducir ciertas modificaciones de orden técnico en las Directivas..., cuya última modificación la constituye el Acta de adhesión de España y Portugal, sobre reconocimiento mutuo de diplomas...considerando que ha habido modificaciones y sin menoscabo de los derechos adquiridos, considerando que es conveniente prever, por razones de equidad, medidas transitorias en beneficio de determinados títulos de diplomas, certificados y otros títulos de veterinario y de matrona, expedidos en Italia y España, que sancionan formaciones que no se ajustan en su totalidad a las D. 78/1027/CEE y 80/155/CEE, se introducen las siguientes modificaciones: el artículo 3 de la D. 77/452/CEE en 4. La letra k en España se sustituye por "Título de diplomado en Enfermería expedido por el Ministerio de Educación y Ciencia o por el rector de una universidad". Ídem para las matronas.

Contexto Histórico, Político, Económico Social	Plan de Estudios y Directrices	Orientaciones curriculares y Prácticas
<p>1990: Llei 15/1/1990 de 9 juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya. España en la Guerra del Golfo</p> <p>1991: Se aprueba el tratado de Maastricht sobre la UEM. Informe Abril sobre la reforma de la Sanidad.</p> <p>1992: Juegos Olímpicos de Barcelona, con grandes éxitos para los atletas españoles. Exposición Universal de Sevilla. Es la década del mayor conocimiento del universo. En el 92 un satélite de la NASA proporcionó a la comunidad científica y al mundo en general, una fotografía instantánea del universo primitivo.</p> <p>1993 Entra en vigor el tratado de la Unión Europea España entre en guerra y envía sus tropas al Golfo. La gran sequía, las grandes pérdidas en la agricultura que perdurará dos años más pone en evidencia la escasez de agua. Se inician otras alternativas de trasvases y pantanos.</p> <p>1993-95: Guerra por la paternidad del descubrimiento del virus del SIDA Montagnier y Gallo. Gallo fue castigado por el fraude. Dados los malos resultados de las vacunas, se inicia la investigación génica.</p> <p>1993-96: El 22% de los diputados son mujeres.</p>	<p>1990: (BOE nº 278 20 nov) 27919 RD 1466/1990 de 26 octubre por el que se establece el título universitario oficial de Diplomado en Enfermería y las directrices generales propias de los planes de estudios conducentes a la obtención de aquel. (BOE nº 311 28 diciembre) 31251 RD 1667/1990 de 20 diciembre por el que se rectifica el anexo del RD 1466/1990 de 26 de octubre, por el que se establece el título universitario oficial de Diplomado en Enfermería y las Directrices generales propias de los planes de estudio conducentes a la obtención de aquél.</p> <p>1994: (BOE nº 139 11 junio) 13272 RD 1267/1994 de 10 junio por el que se modifica el RD 1497/1987, de 27 nov., por el que se establecen las directrices generales comunes de los planes de estudios de los títulos universitarios de carácter oficial y diversos RD que aprueban las directrices generales propias de los mismos. (BOE nº 178 27 julio) 17583 Orden de 21 julio 1994 por la que se convoca prueba selectiva para iniciar el programa de formación de la especialidad en Enfermería Obstétrica-Ginecológica (Matrona) en el año 1995: es la enfermera generalista que habiendo cursado y superado completamente el programa de enseñanzas de enfermería obstétrico-ginecológica reúne los requisitos de acreditación profesional para ejercer la profesión. (D.80/155/CEE) Disposiciones legales, reglamentarias y administrativas relativas a las actividades de matrona. (D.992/1987/O.1998</p>	<p>1990: (BOE 278) El área de enfermería está presente en todas las materias troncales, única carrera que ha conseguido este logro, garantizando así una enseñanza enfermera. (BOE 311) Producido error material el anexo queda modificado así: Donde dice, en la columna de Áreas de conocimiento, en el epígrafe correspondiente a la materia troncal Enfermería Geriátrica: "Enfermería " y "Medicina", debe decir: "Enfermería". Donde dice, Enfermería Psiquiátrica y de salud mental: "Enfermería" y "Psiquiatría".</p> <p>1994: (BOE 139) En el Artículo sexto. Uno. por el que se establece el título universitario oficial de Diplomado en Enfermería y las directrices generales... mantendrán su vigencia excepto la directriz segunda del anexo que queda redactada como sigue: Segunda.- 1. Los planes de estudios que aprueben las Universidades deberán articularse como enseñanzas de primer ciclo, con una duración de tres años, de acuerdo con la opción prevista en la Directiva 77/453/CEE, modificada por la 89/595/CEE. Los distintos planes de estudios conducentes a la obtención del título oficial de Diplomado en Enfermería determinarán, en créditos, la carga lectiva total, que no podrá ser inferior a 205 ni superior al máximo de créditos que para los estudios de primer ciclo permite el RD 1497/1987. Dos. Se incluye el área de conocimiento "Personalidad, evaluación y tratamiento psicológico" en la materia troncal "ciencias psicosociales aplicadas", del anexo al RD a que se refiere el párrafo primero del apartado uno anterior.</p>

	<p>1994: Encuesta de la ONU sobre el Universo femenino, destacan las profesiones femeninas las enfermeras es una de ellas. El Liceo simbolo de la burguesía y de la ópera internacional, se quema. Osacar a Fernando Trueba por "Belle époque" Campaña del 0,7% del PIB para ayudar a países en desarrollo. Primer triunfo electoral del PP en las elecciones europeas, presagia la inminencia del cambio político. 1995: La OMS lanza un SOS sobre enfermedades de transmisión sexual que se creían vencidas. Aumentan los dispositivos anticonceptivos. Un nuevo Código Penal sustituye al de 1978 Se inician las primeras manifestaciones con lazo azul en contra de ETA. Solana es elegido secretario general de la OTAN</p> <p>1996: José María Aznar, presidente. La era del teléfono móvil Ya en los años 90 se preveía una progresión del SIDA, los datos nos dicen entre 30 y 40 millones para el 2000. En África acapara el 70% de los casos. El cerebro deja de ser ese gran desconocido, se delimitan las áreas cerebrales, las técnicas de tomografía por emisión de positrones (PET) y la resonancia magnética nuclear (RMN), los investigadores logran espigar el cerebro en pleno funcionamiento. Es la década de la fecundación por métodos artificiales. De las donaciones de vida.</p>	<p>Salud Mental, es la enfermera generalista que, habiendo cursado y superado completamente el programa de enseñanzas de enfermería obstétrico-ginecológica reúne los requisitos de acreditación profesional para ejercer la profesión.</p> <p>(BOE nº 141 14 junio) 13490 Corrección erratas RD 1267/1994 de 10 junio, por el que se modifica el RD 1497/1987 de 27 noviembre por el que se establecen las directrices generales...advertida la errata, en la que se han omitido dos párrafos de la directriz segunda del anexo referente al título universitario oficial de Diplomado en Enfermería, se procede a efectuar la oportuna rectificación: En la pág, 18417, segunda columna, apartado uno, a continuación del párrafo que comienza por: "Seguna.-1", debe incluirse lo siguiente: <i>...los planes de estudios deberán incluir una formación mínima de 3900 horas.La enseñanza teórica deberá ser de al menos un tercio y la enseñanza clínica de al menos la mitad de la carga lectiva prevista en el plan de estudios.</i></p> <p>1996: (BOE nº 283 de 23 noviembre) 35414 RD 2347/1996 de 8 de noviembre, por el que se modifica el RD 1497/1987, de 27 de noviembre, por el que se establecen las directrices generales comunes de los planes de estudio de los títulos universitarios de carácter oficial y validez en todo el territorio nacional, así como el RD 1267/ de 10 de junio, que modificó el anterior.</p>	<p>(BOE 141) Lo que viene a decir es que se cambia la expresión de tres años por las horas para llegar a los acuerdos con al opción de la Directiva 77453/CEE modificada por la 85/595/CEE donde se determinan las enseñanzas teóricas de al menos un tercio y la clínica de al menos la mitad de la duración mínima de formación: 3 años de estudios o 4600 horas de enseñanza teórica y clínica.</p> <p>1996: Se modifica el apartado 3º del artículo 11 del RD 1497/1987 de 27 noviembre, en la redacción dada por el RD 1267/1994 de 10 de junio, en el apartado 11 de su artículo primero, queda como sigue: los planes de estudios modificados total o parcialmente, se extinguirán a medida que se vayan agotando las convocatorias, de no aprobar, se han de matricular del nuevo plan de estudios...</p>
--	--	--	---

<p>1990</p>	<p>1997: Primer nacimiento de un mamífero clónico, ¿la ciencia se vuelve provocadora?</p> <p>1998: El Consell de Col·legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya edita <i>L'aportació de la infermera al procés d'atenció a la salut. Qualitat de vida</i></p> <p>1999: Guerra en Kosovo (fuerzas de pacificación de la OTAN). Entra en vigor la moneda única europea (euro) L'Agència per a la Qualitat del Sistema Universitari a Catalunya publica la <i>Guia per a l'avaluació de l'Ensenyament d'Infermeria</i></p> <p>1990-2000 : Es la década del culto al cuerpo, la medicina tiene algo que ver. Las marcas en pruebas olímpicas no siempre han sido sin ayuda de fármacos. Es la época de la generación Peter Pan, la juventud pasa a ser la infancia más larga. También es la era del voluntariado sin fronteras. Es la época de las guerras, casi 12 millones de muertos en los últimos 20 años. Del terrorismo de la izquierda extraparlamentaria con el asesinato de Aldo Moro en 1978 se pasa al terrorismo religioso y nacionalista. De la muerte en vena (drogas inyectables) a la muerte por drogas de diseño Una de las sorpresas es que en el cielo sólo se ve el 10% de los que existe realmente, la astrofísica va más lejos.</p>	<p>1997: (BOE nº 117 16 mayo) 0560 RD 614/1997 de 25 abril por el que se modifica parcialmente el RD 1497/1987, de 27 noviembre, por el que se establecen las directrices generales comunes de los planes de estudios de los títulos universitarios de carácter oficial y validez en todo el territorio nacional, modificado parcialmente por los RD 1267/1994 de 10 de junio, y 2347/1996, de 8 noviembre. (BOE nº 264 4 noviembre) 23354 RD 1561/1997 de 10 octubre, por el que se modifica parcialmente diversos RD por los que se establecen títulos universitarios oficiales y las directrices generales propias de los planes de estudios conducentes a la obtención de aquéllos. En el artículo vigésimo octavo : El cuadro adjunto a la directriz tercera del anexo al RD 1466/1990 de 26 octubre, por el que se establece el título universitario oficial de Diplomado en Enfermería y las directrices generales propias de los planes de estudios conducentes a la obtención de aquél, rectificado por el RD 1667/1990 de 20 diciembre que modificó el RD 1267/1994 de 10 junio que modificó el 1497/1987 de 27 noviembre queda modificado como sigue: a) se añaden las áreas de conocimientos de "Dermatología", "Oftalmología", y "Otorrinolaringología" a las áreas de conocimiento a las que se vincula la materia troncal "Enfermería Médico-Quirúrgica". B) El área de conocimiento "Toxicología y Legislación Sanitaria" a la que entre otras, se vincula la materia troncal "Legislación y Ética Profesional", queda sustituida por el área de conocimiento "Medicina Legal y Forense". C) El área de conocimiento "Filosofía del Derecho, Moral y Política" a la que , entre otras, se vincula la antes citada materia troncal "Legislación y Ética Profesional", queda sustituida por las áreas de conocimiento "Filosofía del Derecho" y "Filosofía Moral".</p>	<p>1997: (BOE 117) Con la modificación de diferentes artículos del RD 1497/1987 de 27 noviembre se pretende evitar algunos defectos que se han puesto de manifiesto, fijar un número de créditos mínimos por materia o asignatura, que evite el excesivo número de éstas, se permite a las Universidades elaborar y aprobar los planes de estudios... siempre que con ello se consiga una mejor utilización de sus recursos... (BOE 264) Sigue vinculada el área de conocimiento "Enfermería"</p>
--------------------	--	---	---

<p>1990</p>		<p>1998: (BOE nº 104 de 1 mayo) 10208 RD 779/1998 de 30 de abril, por el que se modifica parcialmente el RD 1497/1987, de 27 de noviembre, por el que se establecen las directrices generales comunes de los planes de estudios de los títulos universitarios de carácter oficial y validez en todo el territorio nacional, modificado parcialmente por los RD 1267/1994 de 10 de junio; 2347/1996 de 8 noviembre, y 614/1997, de 25 de abril. Se define el crédito académico, se fija un número máximo de materias simultáneas.</p>	<p>1998: (BOE 104) Se pretende equilibrar la dedicación lectiva de los estudiantes, fijando un máximo de 6 materias simultáneas y dejar espacio/tiempo para el trabajo individual.</p>
--------------------	--	--	--

Contexto Histórico, Político, Económico Social	Plan de Estudios y Directrices	Orientaciones curriculares y Prácticas
<p>2000: Entra en vigor en España en Convenio de Bioética de Europa Se publica el programa de Salud para todos en el siglo XXI. OMS Los sindicatos a través de Confederación Internacional de Organizaciones Sindicales Libres y de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) <i>informan de las tareas de los sindicatos en el siglo XXI.</i> Los periodistas a través de su comunicado "La información en tiempos de paz y guerra, nos plantean su ideario frente al siglo XXI, <i>"la utopía de la verdad"</i>. La información veraz: compromiso y amenaza. 2001: El 11 de septiembre destrucción del World Trade Center de Nueva York La UNESCO lanza su propuesta de <i>Educación, y Globalización</i> para el siglo XXI. Manifiesto de la Ciudadanía en los medios: Opinión Pública y Política. La distinción público/privado, según Habermas. La Organización Colegial Enfermera de España, a través del Consejo General dan a conocer <i>los nuevos estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de la Ordenación de la Actividad Profesional de Enfermería.</i> Aprobados por RD 1231/2001 de 8 de noviembre en el BOE 269 de 9 de noviembre con el registro 20934. 2002: Guerra en Afganistán</p>	<p>2000: (BOE nº 264 3 noviembre) 19939 Resolución de 5 octubre de 2000, de la Universidad Autónoma de Barcelona, por la que se publica la modificación del plan de estudios de Diplomado en Enfermería (centros adscritos) 2001: D. 2001/19/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 14 de mayo de 2001, por la que se modifican las D. 89/48/CEE y 92/51/CEE del Consejo relativas al sistema general de reconocimiento de las calificaciones profesionales, y las D. 77/452/CEE, 77/453/CEE, 78/686/CEE, 78/687/CEE, 78/1026/CEE, 80/154/CEE, 80/155/CEE, 85/384/CEE, 85/432/CEE, 85/433/CEE y 93/16/CEE del Consejo, relativas a las profesiones de enfermero responsable de cuidados generales, odontólogo, veterinario, matrona, arquitecto, farmacéutico y médico; estas directivas se denominarán en lo sucesivo, "directivas sectoriales" cuando hagan referencia a un colectivo. El Parlamento Europeo, el Consejo y la Comisión comparten el criterio de contar con versiones consolidadas de los textos jurídicos en el ámbito del reconocimiento mutuo de las calificaciones profesionales. Existe la Guía del Usuario del Sistema General de Reconocimiento Mutuo de las Calificaciones Profesionales. La Comisión prevé integrar las Directivas sectoriales en un marco consolidado.</p>	<p>2000: (BOE 264) De conformidad con lo dispuesto en el artículo 10.2 del RD 1497(1987, de 27 noviembre (BOE del 14 de diciembre) El Rector de la Universidad Autónoma de Barcelona aplica el artículo 10.2 <i>Homologación de planes de estudios</i> que di ce: Homologado expresamente o por silencio positivo un plan de estudios, el Consejo de Universidades lo remitirá a la Universidad correspondiente, que ordenará su publicación en el BOE. Ningún plan de estudios conducente a un título oficial podrá ser impartido con anterioridad a su homologación y publicación en el BOE. 2001: (BOE 269) Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de la Ordenación de la actividad profesional de enfermería: ...las principales novedades introducidas y que tienen que ver con la calidad de los cuidados de enfermería, son: primero, reconocimiento de los Consejos Autonómicos, segundo el Título II se dirige a regular el funcionamiento y competencias del Consejo General, y un tercer título dirigido a establecer una definición profesional, dado que la regulación sobre competencias profesionales data de hace más de treinta años y requiere su adaptación a las actuales condiciones y necesidades del sistema sanitario. En el segundo capítulo dentro del Título III, se hace eco de la importancia de aplicar criterios de calidad en las actuaciones profesionales de enfermería, en el marco del sistema sanitario español y siguiendo las recomendaciones de la OMS y de la Unión Europea (EU), pretende crear nuevas estructuras e instrumentos para facilitar la mejora de la calidad de atención de enfermería.</p>

<p>2000</p>	<p>2003: Guerra en Irak en la que participa España Constitución Europea que se aprueba al no haber consenso.</p>	<p>Directiva del Parlamento Europeo y del Consejo relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales. En el Anexo V.2: <u>Enfermero responsable de cuidados generales:</u> 1.- Conocimientos y competencias: Un conocimiento adecuado de las ciencias que constituyen la base de los cuidados generales, incluido un conocimiento del organismo, de las funciones fisiológicas y del comportamiento de las personas en buen estado de salud y enfermas, así como las relaciones entre el estado de salud y el entorno físico y social del ser humano. Un conocimiento adecuado de la naturaleza y ética de la profesión de los principios generales relacionados con la salud y sus cuidados. Experiencia clínica adecuada; ésta deberá adquirirse bajo el control de personal de enfermería cualificado y en los lugares donde el personal y los equipos sean apropiados para los cuidados de enfermería que haya de dispensar al paciente/usuario. Capacidad para participar en la formación del personal sanitario y experiencia en la colaboración con ese personal. Experiencia en la colaboración con otros profesionales del sector sanitario. 2.- Programa de estudios: Enseñanza teórica, a) Cuidados de enfermería, b) Ciencias básicas, y c) Ciencias sociales. Enseñanza clínica. La enseñanza teórica deberá ponderarse y coordinarse con la clínica...</p>	<p>a la población.</p> <p>2001: Directiva del Parlamento Europeo, el título en España es el de Diplomado universitario en Enfermería expedido por el Ministerio de Educación y Cultura o el rector de una universidad.</p> <p>2003: (BOE 218) Este RD tiene por objeto establecer las condiciones y el procedimiento por el que las universidades españolas podrán expedir el Suplemento Europeo al Título, con el fin de promover la más amplia movilidad de los estudiantes y titulados españoles en el espacio europeo de enseñanza superior. En el Anexo I se refiere al modelo de Suplemento Europeo a los títulos oficiales de Diplomado, Ingeniero Técnico, Arquitecto Técnico, Licenciado, Ingeniero y Arquitecto. Todos los alumnos que soliciten convalidación de estudios a partir del 12 de septiembre, tienen derecho a que figure en su expediente académico la calificación de origen.</p> <p>(BOE 224) Derogación del apartado 7 del artículo 2 y los apartados uno.4 y uno.5 primer párrafo, del anexo I del RD 1497/1987, de 27 de noviembre, por el que se establecen las directrices generales comunes de los planes de estudios de los títulos universitarios de carácter oficial y validez en todo el territorio nacional, en la redacción que, respectivamente, han dado a dichos apartados el RD 779/1998 de 30 de abril, y el RD 1267/1994 de 10 de junio, así como cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan a lo dispuesto en esta norma. Deroga la Orden de 31 de octubre de 1977 (BOE de 26 de noviembre) sobre directrices de planes de estudio de Enfermería. (BOE 225) se adecuan las convalidaciones de los títulos europeos al cumplimiento de la Directiva Europea correspondiente.</p>
--------------------	---	---	---

<p>2000</p>	<p>Ley 16/2003 del 28 mayo de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (BOE nº 128 de 29 mayo) registro 10715</p> <p>(BOE nº 280 22 noviembre) 21340 LEY 44/2003 de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias</p> <p>Después de 23 años de hegemonía de Jordi Pujol (CIU), primer gobierno tripartido de izquierda, Presidente P.Maragall del Partido Socialista de Catalunya, Conseller en cap Josep L.Carod (ERC) y Joan Saura (ICV.EUiA)</p>	<p>2003: (BOE nº 218 de 11 septiembre) 17310 RD 1044/2003 de 1 agosto, por el que se establece el procedimiento para la expedición por las universidades del Suplemento Europeo al Título. Concretamente dice: <i>Se modifica parcialmente el párrafo segundo del apartado uno.5 del anexo I del RD 1497/1987, de 27 de noviembre, introducido por el RD 1267/1994, de 10 de junio, que queda redactado como sigue: " Las asignaturas convalidadas tendrán la equivalencia en puntos correspondientes a la calificación obtenida en el centro de procedencia; para las asignaturas adaptadas se computará la calificación obtenida en el centro de procedencia y el reconocimiento de créditos en que no exista calificación no se tendrá en cuenta a los efectos de ponderación".</i> (BOE nº 224 18 septiembre) 1643 RD 1125/2003 de 5 septiembre) por el que se establece el sistema europeo de créditos y el sistema de calificaciones en las titulaciones universitarias de carácter oficial y validez en todo el territorio nacional. El número de horas por crédito será de un mínimo de 25 y un máximo de 30 horas. <i>Derogación: apartado 7.Crédito: la unidad de valoración de las enseñanzas. Corresponderá a diez horas de enseñanza teórica, práctica o de sus equivalencias. La obtención de los créditos estará condicionada a los sistemas de verificación de los conocimientos que establezcan las Universidades.</i> (BOE nº 225 19 septiembre) 17689 RD 1171/2003 de 12 de septiembre, por el que se incorpora al ordenamiento jurídico español la Directiva 2001/19/CE del Parlamento Europeo y del</p>	<p>(BOE 128) La Administración estatal y autonómicas y las correspondientes comisiones nacionales de las distintas especialidades sanitarias, que tendrán el cometido general de contribuir a la planificación y diseño de los programas de formación de los profesionales d, en colaboración y sin menoscabo de las competencias de los órganos e instituciones responsables de la formación de pregrado y postgrado, así como de la continuada, y en la oferta de plazas dentro del sistema público.</p> <p>(BOE 280) Recoge conceptos y regulaciones entre los que se destacan: Regulación de los equipos multidisciplinarios, introduce la figura de un registro profesional de carácter público, define las competencias de cada una de las profesiones sanitarias y articula las estrategias para garantizar la excelencia en las actuaciones sanitarias, (formación).</p>
-------------	---	--	--

<p>2000</p>	<p>Consejo de 14 de mayo de 2001. Por la que se modifican directivas sobre reconocimiento profesional, y se modifican los correspondientes RD de transposición.</p> <p>En el Artículo tercero. Modificación del reconocimiento de diplomas, ...se modifica el RD 305/1990 de 23 de febrero por el que se regula el reconocimiento de diplomas, certificados y otros títulos de enfermeros responsables de cuidados generales de los Estados miembros de la UE. .. se añade un nuevo artículo 14: se reconocerán los diplomas, certificados y otros títulos que cumplan una formación conforme a las disposiciones de la Directiva 77/452/CEE. El Artículo sexto. Modificación del reconocimiento de matrona o asistente obstétrico, se modifica el RD 1017/1991 de 28 de junio por el que se regula el reconocimiento de matrona, se añade el artículo 14: se reconocerán los diplomas, etc. Que cumplan una formación conforme a las disposiciones de la Directiva 80/154/CEE. Nuevo Anexo I del RD 305/1990 de 23 de febrero:</p> <p>Enfermeras.(BOE 57/1990 de 7 -03-1990, pág. 6559.) y Anexo I del RD 1017/1991 de 28 junio: Matronas</p> <p>(BOE 128) El capítulo III está dedicado a los profesionales de la sanidad, ...la ley contiene básicamente principios referidos a la planificación y formación de los profesionales de la sanidad, así como al desarrollo y a la carrera profesional y a la movilidad dentro del Sistema Nacional de Salud.</p> <p>(BOE nº 280 22 noviembre) 21340 Ley 44/2003 de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. (LOPS): Calidad y mejora de la enfermería.</p>	
-------------	---	--

ANEXO D: Cuadros resumen de los datos del trabajo de campo

Nº Encuesta	Edad	AVANCES EN LA PRÁCTICA DE LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA: VARIBALE 1: Definición de cuidar
1	27	Conjunto de Actividades encaminadas a proporcionar al paciente/usuario un mayor bienestar y autonomía
2	32	Conjunto de acciones dirigidas al individuo, familia y comunidad
3	25	Es dar un conjunto de atenciones psíquicas y emocionales a personas enfermas o no para conseguir un confort en su vida cotidiana
4	31	NO CONTESTÓ
5	29	Cuidar es estar al cargo y pendiente de alguien que lo necesita o que no puede valerse por sí mismo
6	26	Cuidar es el acto de atender integralmente, bio-psico-social a la persona y/o comunidad promocionando su curación y su independencia
7	24	Saber estar con persona enferma o no que necesita ayuda a nivel físico, psíquico, social y/o espiritual
8	26	Conjunto de actuaciones dirigidas a lograr el máximo bienestar psico-físico y social, satisfacer necesidades básicas
9	54	Mantener a la persona en perfecto o máximo estado de bienestar, cubriendo sus necesidades.
10	57	Es un complemento para alcanzar o mantener autonomía (recuperación y promoción de salud)
11	29	NO CONTESTÓ
12	29	Atender persona que lo necesita, procurando que se sienta atendida de manera global (biopsicosocial)
13	24	Atender persona que lo necesita para que se sienta confortable
14	33	Conjunto actividades para cubrir las necesidades de una persona. Proporcionar o mantener su bienestar
15	41	Servir o dar atenciones a personas sanas o enfermas (e incluso a nosotros mismos) en la medida que se necesiten
16	47	Ayudar a los que lo necesiten (física y psíquicamente), dentro de nuestras posibilidades
17	24	Atención integral del ser bio-psico-social en todos sus ámbitos
18	43	Cubrir las necesidades básicas de higiene, cuidados, antibioterapia, etc.
19	28	NO CONTESTÓ
20	27	Acompañar, ayudar integralmente (bio-psico-social) a las personas que lo necesitan en un momento de su vida
21	22	Actividades destinadas a satisfacer las necesidades de las personas cuando no puedan hacerlo por motivos físicos, psíquicos, sociales...
22	22	Ayudar a satisfacer las necesidades básicas de una persona, incluso suplirla si no puede por sí misma. Los cuidados deben ser personales
23	34	NO CONTESTÓ
24	36	NO CONTESTÓ
25	28	Proporcionar bienestar a la persona dentro del ámbito de trabajo y dentro de lo posible
26	25	Realizar las tareas que el paciente/usuario, familia y/o comunidad no pueden satisfacer por sí mismas y que son necesarias para desarrollo bio-psico-social
27	43	Proporcionar atenciones físicas y sociales a las personas que las tienen mermadas.
28	27	Acompañar, suplir, apoyar, ayudar, enseñar a las personas que en un momento de la vida requieren ayuda o apoyo
29	50	NO CONTESTÓ
30	28	Conjunto de actividades aumentar/recuperar el bienestar y/o calidad de vida en la medida

		de lo posible
31	25	Atender a la persona en las 14 necesidades de Henderson para conseguir su independencia
32	47	Ayudar a mejorar un estado carencial y dar respuesta a sus expectativas
33	24	Atención integral a la persona que lo necesita (atención física, psicológica y espiritual) según sus necesidades. Enfermería significa CUIDAR
34	30	Atender, realizar o ayudar a realizar actividades que la persona no pueda por su patología, respetando el grado de dependencia e independencia de la persona
35	27	NO CONTESTÓ
36	35	Ayudar a una persona para que cubra todas sus necesidades básicas y enseñar a mantenerlas
37	23	Ayudar para satisfacer las necesidades básicas de la persona
38	26	Actitud empática en el lugar de otro y tener cuidado de la enfermedad y promoción salud cuando sane. Proporcionar bienestar
39	31	NO CONTESTÓ
40	37	Suplir las necesidades en que el paciente/usuario es dependiente por falta de conocimiento, voluntad o fuerza física y ayudar a que reestablezca su independencia y autonomía
41	26	Conjunto de actividades para mantener o mejorar el estado de salud y autonomía de una persona. Si no puede mejorar, conseguir el grado máximo de bienestar posible. Ayudar a sentir cómodo
42	23	Tratar a persona con respeto, aceptando sus creencias y valores. Considerar su estado físico y psíquico e intentar mejorarlo. No es sobreproteger. No es anular. Es dar recursos y apoyo para que mejore su calidad de vida, que se sienta valorada y útil.
43	28	Atender las necesidades que la persona no puede por sí misma (físicas y psicológicas)
44	30	NO CONTESTÓ
45	52	NO CONTESTÓ
46	24	NO CONTESTÓ
47		Ayudar a satisfacer las necesidades, proporcionar bienestar físico, psicológico y emocional. El cuidado depende de las creencias y valores del cuidador, de sus valores y de los recursos
48		Proporcionar atención integral (físico, psicológico, social,) para conseguir la máxima autonomía posible
49		Asistencia centrada en el paciente/usuario, prevención y promoción de la salud, satisfacer necesidades indispensables. Bio-psico-social. Tener en cuenta contexto cultural, enfermedad no sólo como algo biológico
50		Es un acto de vida, mantener y conservar la vida. Innato (instinto de supervivencia), individual y recíproco. Es tan antiguo como humanidad. Objetivo era supervivencia de la persona, el grupo y la especie. También es ayudar y enseñar a desarrollar potencial
51		Actividades destinadas a atender individuo, paciente/usuario o sano para contribuir a su salud (o evitar padecimientos al morir), que él no puede hacer por no tener fuerza, voluntad o conocimientos. Proporcionar independencia. Relación de afecto e intercambio de servicios. Considerar la persona como un ser integrado en sociedad
52		Preocuparse por la salud o el bienestar del cuidado. Cuidar es la esencia de la enfermería. Ayudar a las personas para potenciar o restituir salud y que se mantenga. Ayudar a crecimiento personal. Desarrollar capacidad de vivir o compensar las deficiencias.
53		Dar medios para ayudar a satisfacer necesidades básicas físico-psico-social
54		Actividades destinadas a promover la salud, bienestar, autonomía y mantenimiento de la vida.
55		Actividades destinadas a mantener confort y bienestar. Integral (bio-psico-social)
56		Asistir persona para mantener o restaurar salud, ayudar a satisfacer sus necesidades
57		Concepto complejo
58		Ayudar a persona y/o comunidad a equilibrio bio-psico-social.
59		Cubrir necesidades vitales de persona (bio-psico-social). Mantener equilibrio con el medio. Promover, mantener y restaurar salud. Ayudar en actividades sistemáticas.
60		Cubrir necesidades, ayudar en lo que necesite desde punto de vista holístico.
61		Asistir, ayudar en plano físico (curar), psíquico (aconsejar) y social. El grado de ayuda

		depende de la persona y su autonomía. A menos autonomía, cuidados más importantes.
62		Actividades promoción salud, prevenir enfermedad, curar y rehabilitar al paciente/usuario para ser independiente. Individuo ubicado e influido por entorno
63		Ayudar persona sana o enferma, identificar necesidades y ayudar a superarlas. Aconsejar (educación sanitaria), prevenir, contribuir a diagnóstico, conocer tratamientos enfermedades y ayudar a recuperación. Se necesita buena comunicación
64		Ayudar, velar, suplir déficit. Vigilancia para que persona recupere autonomía o que no se pierda. Persona como ser bio-psico-social. El interés no es la enfermedad sino el paciente/usuario. Objetivo mantener la salud o restaurarla, ayudar a morir.
65		Ayudar a la persona a tener un mayor bienestar físico, biológico y social.
66		Proporcionar a paciente/usuario lo necesario para independencia (14 necesidades básicas). Acto de vida, lucha contra la muerte.
67		Actividades múltiples y complejas destinadas a mantener la vida con dignidad en todos sentidos (biológico, espiritual, psicológico y social)
68		Atender necesidades, previniendo e identificando las alteraciones y complicaciones.
69		Ayudar y o suplir a persona, familia y/o comunidad cuando no existe fuerza, voluntad o conocimiento para mantener estabilidad holística
70		Visión integral del paciente/usuario bio-psico-social, para proporcionarle bienestar
71		Promover, proteger, restaurar y mantener la salud (física, social, mental), potenciar los recursos del individuo
72		Atender de forma holística a persona sana o enferma según necesidades, fomentando vida salud bienestar, prestando atención a discapacitados
73		Ayudar a tener máximo bienestar bio-psico-social
74		acciones para el funcionamiento correcto de la vida, dirigidas a persona y/o entorno para fomentar salud, prevenir y curar enfermedad. Más efectivos si la persona que recibe cuidados quiere recibirlos
75		NO CONTESTÓ
76		Ayudar a la persona o comunidad a mantener o recuperar salud. Formar, educar, cambiar hábitos, motivar
77		Actividades destinadas a cubrir necesidades físicas psíquicas y socio culturales o espirituales
78		NO CONTESTÓ
79		Conjunto actividades, actitudes conocimientos y procesos para mantener la vida de persona sana o enferma, considerando entorno. Movilizar fuerzas vivas de persona y entorno para compensar capacidades alteradas
80		NO CONTESTÓ
81		Ayudar a conseguir máximo bienestar (biopsicosocial) según sus limitaciones y posibilidades, preservando autonomía y bienestar
82		Responder a necesidades de persona sana/enferma. Dar calidad de vida. Es una actitud profesional que requiere conocimiento y habilidad
83		Actividades para mantener vida de persona, cuando existe pérdida de autonomía
84		Ayudar a conseguir bienestar, por acciones propias o educando
85		NO CONTESTÓ
86		Conservar, promocionar salud y bienestar individuo, familia y comunidad
87		NO CONTESTÓ
88		NO CONTESTÓ
89		Ayudar o suplir en acciones que persona familia o comunidad no pueden realizar por faltar fuerza, voluntad o conocimiento
90		NO CONTESTÓ
91		Atender necesidades (bio-psico-sociales) de la persona. Independencia de la persona (14 necesidades básicas)
92		Promover, prevenir, asistir, rehabilitar a individuo, familia y comunidad para facilitar adaptación al entorno
93		Actividad desde enfermería de vigilar, controlar, actuar sobre necesidades individuo
94		mantener cubiertas necesidades básicas
95		Proporcionar bienestar físico, psíquico social. Ayudar necesidades básicas
96		Atender necesidades básicas de persona que no pueda por falta de fuerza, conocimiento

		o voluntad.
97		Ayudar cubrir necesidades básicas
98		NO CONTESTÓ
99		Velar salud paciente/usuario. Calidad de vida
100		NO CONTESTÓ
101		actividades para que individuo sea más independiente, autónomo
102		Ayudar a potenciar auto-cuidado, mantener salud, enfermera ayuda con su conocimiento, habilidad y capacidad. Tratar, promocionar salud, crear hábitos
103		Atender necesidades persona
104		Atender a una persona para ser independiente o suplirla para poder adaptarse entorno.
105		Administrar ayuda de forma continuada para mantener salud, recuperar de enfermedad y adaptarse. Dimensión física, mental y social. Potenciar capacidades para independencia y bienestar
106		NO CONTESTÓ
107		Ofrecer cuidados atendiendo características persona (bio/psico/social/cultural).
108		Ayudar, atender individuo como ser biopsicosocial para mejorar situación
109		Contribuir a lograr salud y bienestar (individuos, familias y comunidades). Conseguir adaptación psicológica a vivir con la enfermedad, colaborar en tratamientos médicos y cuidados específicos. Sostener vida y salud, recuperarse de enfermedad y adaptarse a efectos
110		Fundamentalmente es ayudar.
111		Satisfacer necesidades en salud o enfermedad
112		Ayudar a recuperar o preservar autonomía, aumentar calidad de vida y suplir en actividades.
113		Ayudar personas en carencias en enfermedad y mantener salud
114		Ayudar satisfacer necesidades para grado óptimo de salud
115		Actividades para cubrir necesidades del individuo
116		Ayudar a los demás, recuperar máximo de independencia y conseguir 14 necesidades básicas
117		Atender la persona como ser integral
118		Ayudar a superar enfermedad, a ganar independencia, atención integral
119		Ayudar persona a satisfacer necesidades para mantener óptimo estado de salud, calidad de vida
120		Cubrir las necesidades de persona para recuperar autonomía
121		Ayudar mantener salud persona, física, psíquica y social, potenciar capacidades para lograr independencia y bienestar
122		Buscar el bien de cualquier persona. Dependerá de la relación entre persona y cuidador. Es un arte.
123		Suplir y ayudar paciente/usuario a nivel social físico y psíquico para mejorar calidad vida
124		Ayudar, suplir necesidades que no puede realizar individuo. Facilitar plena autonomía auto-cuidado. Procurar bienestar
125		Ofrecer conocimientos, soporte emocional a persona que tiene dependencia (por enfermedad o no).
126		Ayudar en necesidades básicas que persona no puede hacer para conseguir independencia
127		Ayuda desde punto vista biopsicosocial, facilitar integración social en comunidad. Aumentar calidad de vida, recuperar bienestar. Aportar instrumentos para rehabilitación
128		NO CONTESTÓ
129		Ayudar, en enfermedad o salud, recuperar independencia, supervisar persona y actuar. Atención integral. Calidad de vida
130		Ayudar a satisfacer 14 necesidades básicas, conseguir máxima independencia
131		Proporcionar bienestar y calidad vida, física, psíquica. Cuidar no es sólo curar
132		Ayudar, enseñar acompañar persona con alteración biopsicosocial
133		Ayudar persona a mejorar o mantener estado salud para autonomía
134		Ayudar persona conservar y aumentar salud
135		Ayudar a satisfacer necesidades básicas de individuo dependiente
136		Actividades para recuperar equilibrio bio-psico-social

137		Actividades para cubrir necesidades básicas de persona
138	26	Actividades para promocionar, prevenir, curar y recuperar individuo y también atención a él y la familia durante muerte
139	35	Conseguir bienestar, considerando necesidades (físicas y psíquicas) y opiniones, dar protección, promocionar independencia.
140	46	Ocuparse de otra persona, de necesidades básicas que no pueda realizar.
141	24	Satisfacer necesidades básicas para calidad de vida (concepción holística).
142	26	Actividades para obtener metas beneficiosas.
143	42	Suplir carencias paciente/usuario para ser completo, total e independiente. Objetivo principal el individuo y comunidad.
144	31	NO CONTESTÓ
145	34	Proporcionar bienestar físico, psíquico y social tanto en salud como enfermedad.
146	29	Actuar sobre dependencia del paciente/usuario, no es dar soluciones, sino herramientas para cubrir necesidades de salud.
147	38	Acciones para cubrir necesidades alteradas para llegar a auto-cuidado, equilibrio físico, social y psíquico
148	22	Acciones mantener vida, salud y bienestar.
149	25	Atenciones para satisfacer necesidades del individuo.
150	31	Cubrir necesidades de la persona en contexto de salud-enfermedad
151	25	Atender a persona a realizar actividades que favorecen a su salud, satisfacer sus necesidades y que pueda ser independiente
152	23	NO CONTESTÓ
153	25	Realizar actividades para mantener estado óptimo de salud o recuperarse enfermedad, y que individuos no pueden por falta de fuerza, conocimiento o voluntad
154	24	Resultado positivo de una acción de la que se beneficia el paciente/usuario. Ha de tener en cuenta la persona (bio-psico-social), contemplar las 14 NB.
155	25	Arte de cuidar, proporcionar cuidados con ternura y amor, abarcando físico y psicológico.
156	27	Punto de vista holístico, engloba todas las actuaciones que cubren necesidades básicas y buscan equilibrio biopsicosocial.
157	23	Aprender a vivir las etapas de la vida.
158	27	Procurar satisfacer necesidades básicas, autonomía.
159	44	Actividades cubrir necesidades básicas, favorecer independencia, mejorar condiciones de vida en el proceso de vivir y morir
160	26	Conseguir que la persona aumente control sobre su salud para alcanzar bienestar físico mental y social.
161	26	Actividades mantener y promover estado salud, prevenir enfermedad y para aumentar o mantener capacidades del paciente/usuario, independencia en necesidades básicas, favorecer adaptación y ayudar a muerte digna. Teniendo en cuenta entorno
162	27	Proporcionar bienestar a todo lo cuidado, humano o no. Ayudar a recuperar independencia.
163	28	Actuar sobre persona para cubrir necesidades, mejorar estado salud y conseguir independencia física y psíquica.
164	27	Es una necesidad para supervivencia, implica asegurar vida y perpetuar especie
165	43	Atender necesidades física, mental y social, fomentar auto cuidado, velar mantener vida y luchar contra muerte
166	28	NO CONTESTÓ
167	27	Mejorar, fomentar y mantener calidad vida ser vivo. Puede realizarse en intervalo o puntualmente, en una etapa vida o en todas
168	28	Actividades para satisfacer necesidades de básicas de individuos sanos o paciente/usuarios, tanto en vida como en muerte, mantener o restablecer la salud y tener máxima independencia.
169	25	Ayudar cubrir necesidades básicas, aumentar capacidad de auto cuidado
170	24	Ayudar cubrir necesidades, fomentando independencia, o supliendo. Calidad de vida.
171	30	Suplir o ayudar acciones que persona no puede hacer por sí misma
172	44	Actitud de una persona hacia otra para darle ayuda. Se debe realizar con sentimiento
173	28	Asistir a persona para mantener, aumentar o alcanzar calidad de vida aceptable y autonomía física, social y psicológica

174	40	Acciones y técnicas para conseguir curación y máximo confort en enfermedad o no.
175	24	Acciones para ayudar (o suplir cuando no pueda valerse por sí misma) conseguir cubrir necesidades básicas
176	24	Ayudar con actividades planificadas a fomentar o recuperar salud, supliendo o colaborando con paciente/usuario para auto cuidado
177	43	Poner diligencia, atención y solicitud en la ejecución de una cosa.
178	26	Es asistir al individuo sano o paciente/usuario en realizar actividades para su salud o recuperación (o muerte serena) que no puede hacer por falta de fuerza, conocimiento o voluntad. Autonomía
179	44	NO CONTESTÓ
180	43	Satisfacer necesidades, demandas y expectativas respecto salud del paciente/usuario o sociedad, dando asistencia de calidad real y percibida y con satisfacción
181	29	Actos para mantener o restaurar independencia paciente/usuario, satisfacer necesidades básicas
182	43	Predisposición innata en ser humano a proteger y ayudar a sus iguales. Medidas orientadas a conseguir y valorar bienestar físico, mental y social
183	31	Actividad del ser vivo de atender a un ser vivo (o a sí mismo) para satisfacer necesidad bio-psico-social, cultural o espiritual

E	Edad	Características
1	27	Proporcionar al paciente/usuario un soporte físico y emocional
2	32	Educar y soporte emocional
3	25	Confianza, dar apoyo, escuchar, empatía...
4	31	NO CONTESTÓ
5	29	Ayudar, acompañar, comprender
6	26	NO CONTESTÓ
7	24	confianza, paciencia, escuchar, apoyo, verdad
8	26	interés por ambas partes
9	54	Ayudando a tener la máxima autonomía, enseñándole herramientas para su autocuidado, suplir impedimentos
10	57	NO CONTESTÓ
11	29	NO CONTESTÓ
12	29	Sustituir o ayudar a la persona en sus necesidades diarias
13	24	Personales=adecuados a la persona, escuchar, hablar con la persona
14	33	NO CONTESTÓ
15	41	Tener capacidad, habilidad y voluntad para realizar los cuidados
16	47	NO CONTESTÓ
17	24	Atención integral, atención integrada, suplir necesidades básicas y dependencias, ayudar y enseñar a ser independiente
18	43	Primero escuchar al paciente/usuario, luego darle apoyo psíquico y apoyarlo físicamente y tocarlo, hacerle sentir que estás a su lado
19	28	NO CONTESTÓ
20	27	Ayudar, apoyar, animar
21	22	Empatía, vocación, interés por ambas partes
22	22	NO CONTESTÓ
23	34	NO CONTESTÓ
24	36	NO CONTESTÓ
25	28	Ver persona como un ser bio-psico-social. Atender no sólo enfermedad sino la salud mental y entorno social
26	25	NO CONTESTÓ
27	43	Visita domiciliaria periódica para control, involucrar en los cuidados al cuidador principal
28	27	Acompañar, suplir, ayudar, enseñar, apoyar
29	50	NO CONTESTÓ
30	28	Proporcionar confort, mejorar relación interpersonales, calidad de vida
31	25	NO CONTESTÓ

32	47	NO CONTESTÓ
33	24	Respetar, ayudar, comprender, acompañar, colaborar, valorar, apoyo emocional, dependencia-independencia, relación de ayuda, comunicación, empatía
34	30	Enseñar, guiar al paciente/usuario a conseguir más independencia, atender aspectos de su vida cotidiana o del estado agudo de la enfermedad que no pueda por si mismo
35	27	NO CONTESTÓ
36	35	Ayudar, enseñar
37	23	Cuidado personalizado-individualizado, cuidado integral
38	26	Empatía, cuidado, promoción salud
39	31	NO CONTESTÓ
40	37	Ayudar
41	26	Ayudar, empatía, comunicación, escuchar las necesidades, confianza, vigilar
42	23	Respetar, escuchar, ayudar, dar cariño, compartir, comprender
43	28	Empatía
44	30	NO CONTESTÓ
45	52	NO CONTESTÓ
46	24	NO CONTESTÓ
47		ayudar
48		Personalizado, dirigido a la comunidad, aumentar autonomía
49		NO CONTESTÓ
50		Individualizado (adaptado a la persona), integral (bio-psico-social), continuado (proceso ininterrumpido), organizado (orientado y coordinado)
51		Apoyo emocional y espiritual, servicio directo, conexión con redes sociales y recursos del entorno, asistencias económicas
52		Reflexión sobre necesidades vitales, observar necesidades, respeto, comprensión, confidencialidad, saber escuchar
53		Individualizado, global (persona y ámbito social), continuo (vida de la persona), educativo
54		Educación, ayudar, escuchar, atender. Ambiente confortable y agradable
55		Dirigida a personas sanas y enfermas. Poseer conocimientos científicos para promover salud, prevenir enfermedad, compensar capacidades alteradas por enfermedad
56		Atención integral, continuada, participativa
57		Apoyar, curar, saber escuchar, informar, acompañar, compartir...
58		Enseñar (auto cuidado), atender (a quien no pueda)
59		Fomentar y restablecer salud, prevenir, ayudar a morir
60		Individualizar (según la persona)
61		Curar, aconsejar, dar apoyo
62		Relación de ayuda, ser autónomo, influencia ambiental
63		Educación sanitaria, comunicación, establecer métodos de diagnóstico y tratamiento
64		Educación sanitaria. Planificar, ejecutar y evaluar cuidados enfermeros. Comunicación interprofesional. Continuidad en los cuidados. Lenguaje propio y visión unitaria de objetivos. La investigación se deja de lado y es importante
65		NO CONTESTÓ
66		Recursos materiales, apoyo emocional, educar hábitos de salud
67		NO CONTESTÓ
68		Suplir carencias, reforzar, ayudar
69		Ayudar, suplir, apoyar
70		atender, acompañar, ayudarla, sentirse confortable, sin dolor, educación
71		Proteger, restaurar, potenciar
72		Individuales, actividades cotidianas
73		NO CONTESTÓ
74		NO CONTESTÓ
75		Observar necesidades paciente/usuario, respeto, comprensión, confidencialidad, saber escuchar, actitud cordial cálida, auténtica
76		Acompañar, saber escuchar
77		Individualizado, ayudar, acompañar, fomentar salud, prevenir enfermedad, restablecer salud y ayudar a morir dignamente
78		NO CONTESTÓ

79		Conocimientos teóricos y exclusivos para promocionar salud, prevenir enfermedad y educación sanitaria
80		NO CONTESTÓ
81		NO CONTESTÓ
82		Conocimientos teóricos
83		Ayudar, atender, acompañar, escuchar, curar
84		Exclusividad, flexibilidad y adaptación al medio y persona
85		NO CONTESTÓ
86		Proporcionar cuidados de enfermería aplicando técnicas necesarias, cuidar en problemas de salud comunitaria, favorecer equilibrio bio-psico-social
87		NO CONTESTÓ
88		NO CONTESTÓ
89		Ayuda, suplir, apoyar, tener interés, facilitar, comprender, orientar, informar, enseñar, completar, reforzar, escuchar
90		NO CONTESTÓ
91		Ayudar a vivir mejor, proporcionar bienestar y equilibrio
92		Buscar el bienestar de otra persona
93		Vigilar, controlar
94		Ayudar, atender, preservar, recuperar, supervisar, actuar, ayudar, bienestar, prevenir, integral, calidad de vida, auto cura, educar, orientar, promover hábitos, facilitar integración, satisfacer, colaborar, suplir, acompañar, escuchar
95		Empatizar, prevenir, educar
96		Ayudar, enseñar, orientar, promover la salud, escuchar, acompañar
97		Ayudar, mantener, sostener, asistir
98		NO CONTESTÓ
99		Promoción, prevención, empatía, educación
100		NO CONTESTÓ
101		Vigilar, ayudar, curar, acompañar, enseñar
102		Acompañar, conocimiento, habilidad, preservar, promover, educar, prevenir, orientar, colaborar, supervisar, informar, facilitar. Empatía, escucha activa, compromiso
103		Ayudar, suplir, empatizar, enseñar, asistir
104		Compasión, compromiso, asistir
105		NO CONTESTÓ
106		NO CONTESTÓ
107		Complementar, suplir, acompañar, apoyar
108		Suplir, escuchar, dar conocimientos, proporcionar ayuda, prevención, interrelación
109		Cuidados, colaborar, tratamiento médico, cuidado específico
110		Escuchar, comprender, educar, prevenir, asentar y aumentar calidad de vida
111		Relación interpersonal, comunicación, empatía, colaboración, sustitución, acompañamiento
112		Acompañar, escuchar, informar
113		Tratar, potenciar capacidades, aptitud que se desarrolla
114		NO CONTESTÓ
115		NO CONTESTÓ
116		Global, vigilar, empatía, supervisar, entrega
117		Control, mimar, acompañar, empatizar, ayudar
118		Ayudar, atender, supervisar, prevenir, educar, promover hábitos, orientar, acompañar, escuchar, empatía, vigilar, aptitud que se aprende, autocuidados, facilitar integración
119		Ayudar
120		Ayudar, atender, supervisar, prevenir, educar, promover hábitos, orientar, acompañar, escuchar, empatía, vigilar, aptitud que se aprende, auto cuidados, facilitar integración
121		Ayudar, potenciar capacidades
122		Arte, relación paciente/usuario-cuidador
123		Asistir, escuchar, respetar silencios, informar
124		Reemplazar, sustituir, educar, acompañar, reconocer individuo como ser bio-psico-social
125		Educación, enfoque no paternalista, suplir
126		Enseñar, ayudar

127		Ayudar, supervisar, orientar, dar información, educación
128		NO CONTESTÓ
129		Ayudar, sustituir, supervisar, acompañar, escuchar, empatía, educar, integrar
130		Atención integral, calidad de vida, empatía, colaborar, educar, vigilar, supervisar, promoción y prevención
131		Ayudar, atender, supervisar, prevenir, educar, promover hábitos, orientar, acompañar, escuchar, empatía, vigilar, aptitud que se aprende, autocuidados, facilitar integración
132		Ayudar, enseñar, acompañar, escucha activa, educación,
133		Ayudar
134		NO CONTESTÓ
135		Ayudar, saber estar, saber actuar, saber ser
136		Suplir, educar, ayudar
137		NO CONTESTÓ
138	26	Centrado en el paciente/usuario, dirigido a necesidades, promover autonomía, considerar entorno, proporcionar conocimientos y estrategias
139	35	Adaptarse a la persona, escuchar, dar confianza y seguridad, flexibilidad, adaptación
140	46	Saber qué hacer (información), poder (conocimientos y capacidad), querer (voluntad, amor), coordinación
141	24	Valorar, analizar, evaluar.
142	26	Positivas o negativas, abstracto o concreto, verbal o no verbal
143	42	Adaptable, suplir, promoción salud.
144	31	NO CONTESTÓ
145	34	Saber cuidar, querer hacerlo, tener oportunidad y voluntad
146	29	Interpersonal, ayudar, conocimiento, educación motivación.
147	38	NO CONTESTÓ
148	22	Atender, preocuparse, protección, ayuda, humanidad
149	25	Acción constante.
150	31	Ayudar, protección, restaurar, rehabilitar
151	25	Predisposición, compromiso, juicio consciente, actos concretos
152	23	NO CONTESTÓ
153	25	Actuar con la persona, reemplazar, completar, añadir, reforzar, aumentar fuerza voluntad o conocimiento
154	24	Evaluar, individualizado, ayudar, analizar.
155	25	Empatía
156	27	Parte innato, parte aprendido, individualizado
157	23	Observación, empatía
158	27	Técnica, conocimiento, docencia
159	44	NO CONTESTÓ
160	26	Suplir, saber detectar carencias y necesidades paciente/usuario
161	26	NO CONTESTÓ
162	27	Prevención, educación, información, atención, compasión
163	28	Vocación, ganas
164	27	Incertidumbre, flexibilidad, conocimiento, investigar
165	43	Proteger, ayudar, acompañar y dar apoyo
166	28	NO CONTESTÓ
167	27	Conocimientos, aptitudes, actividades
168	28	NO CONTESTÓ
169	25	Ayudar, escuchar, educar, suplir, acompañar
170	24	Innata, ayudar, confianza mutua, empatía, acompañar, enseñar
171	30	Ayudar, suplir
172	44	Desinteresada
173	28	Compromiso, protección, escuchar, ofrecer, enseñar, confortar, educar, prevenir
174	40	NO CONTESTÓ
175	24	Ayudar, suplir
176	24	Ayudar, planificación
177	43	Amar, prevenir, acompañar

178	26	Asistir, ayudar
179	44	NO CONTESTÓ
180	43	Integral, individualizada, promoción salud, educación, gestión, investigación
181	29	Detectar necesidades, proporcionar atención continuada, prevenir, potenciar auto cuidado,
182	43	Saber estar al lado de, es una actitud
183	31	Conocimientos, ayudar, enseñar, animar, comunicación, ofrecer confianza.

	Edad	Actividad de Cuidado	Finalidad
1	27	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudarle en higiene diaria • Ayudarle a comer 	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenir infecciones • Proporcionar nutrientes necesarios
2	32	Vacunación sistemática en niños	Prevención
3	25	Enseñar a hacer nebulizaciones	Educación
4	31	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
5	29	Explicar a madre calendario vacunaciones	Educación sanitaria y prevención
6	26	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
7	24	<ul style="list-style-type: none"> • Dar medicación • Escuchar a persona intranquila • Hablar con paciente/usuario ingresado 	<ul style="list-style-type: none"> • Interdependiente • Apoyo • Prevención
8	26	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar dieta adecuada • Ayudar en movilización • Relación <u>enfermer@-paciente/usuario</u> empática 	<ul style="list-style-type: none"> • Educación sanitaria • Soporte-ayuda • Soporte emocional
9	54	Enseñar autocuidado	Higiene-educación sanitaria
10	57	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar en higiene • Ampliar conocimientos en nutrición 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener autocuidado • Educación sanitaria
11	29	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
12	29	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar alimentación adecuada • Enseñar mejorar hábito de vida • Acompañar en el duelo 	<ul style="list-style-type: none"> • Educación sanitaria • Educación sanitaria • Relación de ayuda
13	24	Enseñar pinchar insulina	Educación sanitaria
14	33	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar cura • Enseñar a usar inhalador 	<ul style="list-style-type: none"> • Ejecución de una técnica • Educación sanitaria
15	41	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener piel hidratada • Realizar movimientos activos y pasivos • Mantener ropa cama limpia y seca 	NO CONTESTÓ
16	47	Enseñar a andar con bastones	NO CONTESTÓ
17	24	Enseñar dieta a diabético	Educación sanitaria
18	43	Enseñar a usar spray para bronquitis crónica	Educación sanitaria
19	28	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
20	27	Acompañar a una persona	Apoyo moral
21	22	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar en movilización • Enseñar alimentos favorables • Relación interpersonal favorable 	<ul style="list-style-type: none"> • Ayuda, soporte • Educación sanitaria • Apoyo emocional
22	22	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar a usar inhalador • Curas 	<ul style="list-style-type: none"> • Educación sanitaria • Asistencial
23	34	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
24	36	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
25	28	Enseñar hacer ejercicios respiratorios	Educación sanitaria
26	25	Ayudar paciente/usuario encamado a realizar higiene	Autocuidado
27	43	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios posturales • Control BM test 	<ul style="list-style-type: none"> • Educación de higiene-protección piel • Educación sanitaria

28	27	Dar de comer	Actividad de suplencia
29	50	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
30	28	Reeducación pélvica	Educación sanitaria
31	25	Preparar y dar comida	Prevención de enfermedades
32	47	Cambio de hábitos alimentarios	Educación
33	24	<ul style="list-style-type: none"> • Higiene corporal • Escuchar problema personal • Enseñar usar insulina 	<ul style="list-style-type: none"> • Actividad asistencial • Relación de ayuda • Educación sanitaria
34	30	Enseñar dieta prevención problemas cardiovasculares	Procuración de la salud
35	27	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
36	35	Aconsejar dieta a persona diabética	Educación sanitaria
37	23	Enseñar dieta hipocalórica a HTA	Educación sanitaria
38	26	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
39	31	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
40	37	Informar dieta a persona diabética	Educación sanitaria
41	26	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar diabético a hacer autocontroles • Control constantes vitales • Realizar cambios posturales • Curar úlcera • Enseñar a pinchar insulina • Supervisar paciente/usuario • Enseñar técnicas de higiene personal 	<ul style="list-style-type: none"> • Educación sanitaria y adiestramiento • Vigilancia • Prevención, suplencia • Técnica • Adiestramiento • Supervisión • Educación y prevención
42	23	<ul style="list-style-type: none"> • Escuchar persona ansiosa • Explicar técnica inyección insulina 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo emocional • Educación sanitaria
43	28	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a comer • Coger mano si comienza a llorar 	<ul style="list-style-type: none"> • Actividad física • Actividad psicológica
44	30	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
45	52	Dar de comer a persona que no puede	NO CONTESTÓ
46	24	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
47		Escuchar preocupaciones y ayudarlo a solucionar	Actividad de soporte y empatía
48		Enseñarle a realizar cambios posturales (para evitar úlceras y lesiones)	Prevención
49		<ul style="list-style-type: none"> • Inmunizaciones • Higiene 	<ul style="list-style-type: none"> • Protección de la salud • Fomento de la salud
50		<ul style="list-style-type: none"> • Atención es salud y enfermedad • Control recursos enfermería • Transmitir conocimientos enfermeros • Investigar 	<ul style="list-style-type: none"> • Asistencial • Administrativa • Docente • Investigadora
51		NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
52		NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
53		<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar a realizar glicémica capilar • Cerrar una úlcera 	<ul style="list-style-type: none"> • Docente • Asistencial
54		NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
55		Orientación dieta en personas obesas	Prevención y promoción de la salud
56		Explicar dieta hiposódica	Educación sanitaria
57		Colocación de una colostomía	Educación sanitaria
58		Prevención de úlceras por presión	Asistencia y también docente
59		Recomendaciones dieta y ejercicio en diabéticos	Educación sanitaria
60		NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
61		Ayudar a comer, moverse, lavarse, etc.	Asistencial
62		Cambio de actitudes	Educación sanitaria
63		Proporcionar consejo antitabáquico a persona EPOC.	Educación sanitaria
64		NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
65		Consejo de dieta hiposódica en paciente/usuario con	Actividad educativa

		HTA	
66		<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar a pincharse la insulina • Ayudar sentarse a paciente/usuario operado • Explicar dieta hiposódica a hipertenso 	<ul style="list-style-type: none"> • Educación sanitaria (aporta conocimientos) • Actividad suplencia (aporta fuerza) • Actividad soporte (aporta apoyo emocional)
67		Diminuir la TA en una persona con sobrepeso	Educación sanitaria
68		Enseñar a un diabético a inyectarse insulina	Educación sanitaria
69		NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
70		Ayudar persona a mejorar calidad de vida, escuchar, dar conocimientos para mejora, prevención	Mejora física y psíquica del paciente/usuario
71		Paciente/usuarios larga hospitalización proteger y cuidar integridad cutánea	Higiene y protección cutánea
72		Enseñar a vaciar la ileostomía	Educación sanitaria
73		Enseñar a diabético a seguir controles de glucosa e inyección insulina según diabetes.	Educación sanitaria
74		Fomentar salud, prevenir y curar enfermedad, aplicar conocimientos adquiridos	Suplir y ayudar
75		NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
76		Formar, motivar, curar, escucha activa, acompañar, cooperar con paciente/usuario, familia y cuidadores	Aumentar conocimientos, reemplazar, completar, reforzar y sustituir
77		Enseñar a realizar cambios posturales a persona encamada.	Educación sanitaria
78		NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
79		NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
80		NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
81		Ayudar a persona con prótesis de cadera a higiene personal	Educación para la salud, higiene personal
82		Quitar arrugas cama de paciente/usuario encamado	Preventiva
83		Educación para control de glicemia Aspiración de secreciones	Educación
84		Enseñar alimentación adecuada a un hijo, qué alimentos dar, cómo prepararlos	Educación sanitaria
85		NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
86		Controles periódicos salud individuo sano. Normas higiénico-dietéticas. Acciones contra factores de riesgo	Prevención y promoción de la salud, educación sanitaria
87		NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
88		NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
89		Estreñimiento por no poder moverse, dar fibra, beber más líquido, masajes abdominales, movilizaciones pasivas, suplemento en la dieta	Educación de medidas higiénico dietéticas. Educación sanitaria
90		NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
91		<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar los mejores puntos de punción de insulina. • Acompañar muerte • Enseñar a crear dieta equilibrada • Técnicas de relajación para el insomnio • Ver qué entorno rodea e influye para no poder dejar de fumar 	<ul style="list-style-type: none"> • Educación sanitaria • Ayuda moral • Prevención • Mejorar calidad de vida • Situación sociofamiliar
92		<ul style="list-style-type: none"> • Explicar • Curar • Escuchar • Dar la mano 	<ul style="list-style-type: none"> • Educación • Asistencia • Asistencia • Acompañar emocionalmente
93		NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
94		NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ

95		Enseñar a paciente/usuario, familia a dar cuidados	Educación Sanitaria
96		Explicar anciana y cuidadora necesidad de beber líquidos	Educación sanitaria
97		NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
98		NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
99		NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
100		NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
101		Ayudar a vestirse, ducharse, enseñar a hacer inhalaciones	Educación familiar
102		Enseñar madre a hacer lavados nasales del bebé	Educación sanitaria
103		NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
104		Apoyar y dar apoyo a persona que perdió un ser querido	Ayuda terapéutica
105		NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
106		NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
107		NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
108		Explicar técnica terapéutica que se va a realizar, motivo, fin, en qué consiste	Dar conocimiento
109		NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
110		Enseñar a movilizar una pierna tras prótesis cadera	Educación y consejos sanitarios
111		Enseñar a realizar inhaladores	Educación sanitaria
112		NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
113		Realizar cambios posturales para prevenir UPP	NO CONTESTÓ
114		NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
115		NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
116		Enseñar como se pone insulina	Educación sanitaria
117		Acompañar en la muerte, cuidado evolución de NAFRES	Acompañamiento, educación sanitaria
118		NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
119		NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
120		NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
121		NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
122		NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
123		Diabético: dieta a seguir	Educación sanitaria
124		Asesorar lactancia materna	Educación sanitaria
125		Cambios posturales a persona encamada	Preventivo
126		NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
127		Ayudar recuperación traumatismo por accidente Enseñar a aceptar situación Enseñar utilizar aparatos para rehabilitación	NO CONTESTÓ
128		NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
129		NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
130		Enseñar a colocar y cambiar placa de colostomía en persona ostomizada	Educación sanitaria
131		NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
132		Alimentos prohibidos y restringidos a persona con DHL	Educación sanitaria
133		Enseñar las curas básicas del pie a diabético	Educación sanitaria
134		NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
135		NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
136		Enseñar a realizar autocuidados de ileostoma	Educación sanitaria
137		NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
138	26	<ul style="list-style-type: none"> • Individuo con colostomía • Proporcionar medios para mantener estoma y educación 	<ul style="list-style-type: none"> • Rol autónomo propio enfermera • Educación
139	35	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
140	46	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ

141	24	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar en diagnóstico • Planificar informes • Investigación 	<ul style="list-style-type: none"> • Asistencial • Administrativa • Investigación
142	26	Lavar, peinar, perfumar, realizar higiene	Necesidad de higiene
143	42	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
144	31	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
145	34	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
146	29	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
147	38	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
148	22	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
149	25	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
150	31	Identificar necesidades básicas en domicilio	Actividad asistencial. Autonomía
151	25	Enseñar a diabético a administrarse insulina	Independiente y propia del profesional
152	23	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
153	25	<ul style="list-style-type: none"> • Transmitir conocimientos a persona • Intervenir para satisfacer necesidades 	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñanza • Asistencia
154	24	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
155	25	Cuidados úlceras paciente/usuarios encamados	Prevención
156	27	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
157	23	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
158	27	Campaña de sensibilización vacuna contra tétanos	Prevención
159	44	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
160	26	<ul style="list-style-type: none"> • Acudir domicilio paciente/usuario después de úlcera presión en el sacro para curar y hacer seguimiento. • Informar a la familia cómo tratar úlcera y paciente/usuario 	<ul style="list-style-type: none"> • Actividad directa • Actividad semidirecta
161	26	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
162	27	Ayudar usuario enfrentar enfermedad grave recién diagnosticada	Apoyo emocional
163	28	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
164	27	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar algo desconocido relacionado con la salud o la adaptación a enfermedad • Hacer por alguien algo que no puede 	<ul style="list-style-type: none"> • Docente • Asistencial
165	43	<ul style="list-style-type: none"> • Modificar estilos de vida • Escuchar persona • Administración de medicación • Curas 	<ul style="list-style-type: none"> • Educación sanitaria
166	28	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
167	27	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
168	28	Higiene piel	Actividad asistencial e independiente
169	25	<ul style="list-style-type: none"> • Hacer higiene • Ayudar a vestir • Escuchar sus miedos y sentimientos • Hacer educación sanitaria • Acompañar en duelo • Alimentación 	NO CONTESTÓ
170	24	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
171	30	Ayudar a realizar higiene a persona con prótesis de rodilla	NO CONTESTÓ
172	44	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
173	28	Cuidado pies a paciente/usuario diabético	Educación sanitaria
174	40	Mantener permeabilidad vías aéreas	NO CONTESTÓ
175	24	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
176	24	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ

177	43	Postura adecuada de paciente/usuario encamado	NO CONTESTÓ
178	26	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
179	44	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
180	43	Persona anémica, enseñarle a hacer ejercicios respiratorios antes de esfuerzo, dieta con hierro	NO CONTESTÓ
181	29	Informar paciente/usuario diabético sobre dieta a seguir	Docente
182	43	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
183	31	Acompañar al servicio a paciente/usuario que acaba de tener prótesis de cadera	NO CONTESTÓ

	Edad	Problema	Actuación	Resolución	Evaluación
1	27	Diagnóstico médico. Síndrome depresivo	Tratamiento farmacológico, soporte psicológico, marcar objetivos a corto plazo. Realizar actividades reconfortantes (leer, escuchar música, pintar)	Se derivará a un psiquiatra	NO CONTESTÓ
2	32	Bajo peso madre y retraso crecimiento feto. Falta de información sanitaria	Aconsejar sobre alimentación e higiene (alimentos con alto valor nutritivo, aumento de ingesta de calcio). Aconsejar sobre reposo. Aconsejar clases de preparación parto.	Caso en vías de resolución. Controlada en hospital	Consulta tras nacimiento
3	25	Miedo de tener glucemia muy alta	Explicar qué es diabetes y qué complicaciones puede tener, qué dieta hay que seguir, seguimiento de la medicación	Medicación la toma a sus horas. Las glicemias más compensadas a la noche	NO CONTESTÓ
4	31	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
5	29	Obesidad	Explicación de dieta. Controles periódicos y comentarios sobre evolución	En 2 meses perdió 3 Kg.	NO CONTESTÓ
6	26	Diabetes y sobrepeso. Dificultad para seguir dieta y actividad.	Vigilancia y curas específicas Normas dietéticas sobre diabetes y sobrepeso. Recomendación de ejercicio. Revisión pies anual. ECG anual.	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
7	24	Úlcera en pierna Derecha. Supura y dolor	Curar herida. Comprobar su dieta. Se recomienda no abusar del pan y comen fruta.	NO CONTESTÓ	Próximo control en 2 días
8	26	No se adapta adecuadamente a su enfermedad	Inicio de la insulinización. Hacer que el paciente/usuario acepte este cuidado	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
9	54	Dificultad en la comunicación	Comprobar que sabe administrarse dieta, que sabe aspirar mucosidades, que sabe comunicarse y entretenerse y que sabe realizar su higiene	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
10	57	Obesidad	Ampliar conocimientos dieta. Dar a conocer beneficios sobre ejercicios	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
11	29	Diagnóstico médico	Control post-trasplante según protocolo	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
12	29	Miedo de posible	Tranquilizar a la	Se recomienda que	Consulta en el

		aborto. Tema por la viabilidad del feto.	paciente/usuario explicando que las pérdidas pueden ser normales. Dejar pasar a su acompañante para que no se sienta sola.	haga reposo. Se recomienda volver ante cualquier duda.	ginecólogo.
13	24	Diagnóstico médico. Crisis convulsivas	Vigilar paciente/usuario. Avisar al M.G. Administrar medicación. Vigilar constantes. Vigilar reacción pupilar.	Al final turno, paciente/usuario estable. No repitieron ataques convulsivos.	Pronóstico negativo
14	33	Sobrepeso para su edad. Higiene bucal deficitaria. Hace dieta inadecuada para su edad. Falta de ejercicio físico	Informar sobre necesidad de higiene dental, normas dietéticas y se recomienda que practique algún deporte que le guste	NO CONTESTÓ	Visita en 15 días
15	41	Hemiplejía parcial	Atención continuada, necesita ayuda para todo	NO CONTESTÓ	Muy bien cuidada en general por cuidadora, hija y servicio sanitario.
16	47	Tras operación, vive sola y necesita ayuda en actividades cotidianas. Le produce malestar y angustia	Enseñar a caminar con muletas. Ayuda para ducharse. Consulta a asistente social para buscar plaza en centro socio sanitario 2 meses.	Al tener problema resulta mejora física y psíquicamente.	NO CONTESTÓ
17	24	Falta de conocimiento sobre diabetes y efectos. Falta conocimiento sobre tratamiento. Falta de conocimiento sobre autocontrol	Explicar mecanismo diabetes. Importancia de la dieta y ejercicio físico. Explicación sobre uso correcto de ADC, Enseñar paciente/usuario autocontrol glicemia. Entregar al paciente/usuario una libreta de autocontrol.	Lleva control correcto de glicemias. Tiene dificultades para seguir dieta por falta de voluntad	En 2 meses se realizará evaluación de la situación
18	43	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
19	28	Diabetes. Entorno psicosocial se detectan problemas con familiares. Presenta ansiedad	Plantear cambiar hábitos dietéticos. Aumentar ejercicio. Respecto a la ansiedad, intentar que pueda expresar sus temores y preocupaciones.	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
20	27	Obesidad	Determinar estilo de vida (trabajo, dieta, ejercicio, preferencias culinarias...), calcular necesidades calóricas. Explicar una dieta hipocalórica. Recomendar ejercicio medio	NO CONTESTÓ	Citaremos en 15 días
21	22	Tras intervención, siente preocupación por no poder desempeñar tareas cotidianas en su casa. Ansiedad e insomnio	Hablar sobre la nueva situación. Hacer ejercicios de relajación (respiración y masajes).	Duerme mejor. Movilización correcta y casi sin dolor. Más confianza en sus habilidades.	Evaluación positiva. Cambio de ánimo. Entusiasmo por el buen resultado de la intervención y por poder seguir con su vida.

22	22	Angustia	Información sobre cuándo hacer inhalaciones. Acompañado por la familia	Paciente/usuario estable. Sube barandillas	NO CONTESTÓ
23	34	Falta de conocimientos sobre auto administración de insulina.	Explicar cómo usar jeringa. Recordar zonas de inyección.	El paciente/usuario demuestra que ha entendido la explicación.	NO CONTESTÓ
24	36	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
25	28	Insomnio por interrupción de sueño. Miedo a estar sola y dormirse de nuevo (tiene alucinaciones visuales).	Orientarla en tiempo y espacio. Identificarnos con la paciente/usuario cuando tiene confusión. Proporcionar ambiente adecuado por la noche. Ofrecer bebidas caliente.	Se consiguió que acepte medicación oral. Se resolvió la situación mediante presencia frecuente de enfermería. A partir del 4º y 5º día, evolución positiva, sintomatología remite.	Al cabo de 10 días síntomas han remitido por completo y la paciente/usuario es dada de alta.
26	25	Recién nacido presenta restos de cordón umbilical. Piel seca y escamosa	Aconsejar a la madre usar jabón de avena. Citar para control de enfermería en 1 semana.	Aumento correcto de peso. Piel correctamente hidratada.	Cita cuando tenga 1 mes de vida
27	43	Control de peso. IMC: 36.	Recomendar dieta baja en colesterol y hacer ejercicio.	IMC: 33. Muy satisfecha con disminución peso. Resultados muy positivos.	NO CONTESTÓ
28	27	Riesgo de infección de cateter central y sonda vesical y deterioro de adaptación, falta de optimismo.	Explicar paciente/usuario la importancia de mantener bolsa de diuresis por debajo de la vejiga. Se intentó enseñar a cambiar bolsa de colestomía..	Se niega a cambiar bolsa, por lo que habrá que educar a sus familiares. Su estado general estaba deteriorado y muy débil.	Se consiguió evitar la infección. No se consiguió educar a la paciente/usuario a limpiarse piel periestomal ni cambiar la bolsa. Se solucionó el problema educando a un familiar, solución que no es la mejor, pero que la paciente/usuario sí,
29	50	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
30	28	Incontinencia urinaria tanto de esfuerzo como urgencia	Se realiza urodinamia y se recomienda iniciar un programa de RSP. Se explica las técnicas de RSP, valoración de la musculatura SP y de los reflejos musculares. Perineometria. Explicación de ejercicios activos RPS. Programa de electroestimulación SP.	Perineometría inicial de 18 cm H2O. Pasó a 69 cm H2O. Aumenta su calidad de vida, puede salir de casa sin necesidad de buscar un servicio	NO CONTESTÓ
31	25	Riesgo de lesión	Curas de enfermería, cambios	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ

		cutánea relacionado con la disminución de actividad física. Leve irritación de la piel en zona sacra.	posturales, pomadas para las irritaciones, protecciones en las zonas peligrosas		
32	47	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
33	24	Alteración de integridad cutánea, RC inmovilidad física. Reposo prolongado en cama. Herida en cuero cabelludo	Valoración del riesgo de desarrollar UPP según escala de Norton. Revisar el estado de piel. Identificar factores que originan el problema y controlarlos o paliarlos.	Según escala de Norton, presenta un riesgo medio de desarrollar UPP. Desarrolló úlcera sacra. Una vez iniciada la deambulacion, las UPP han remitido. Actualmente buen estado general de la piel.	NO CONTESTÓ
34	30	Riesgo potencial de afectación de la mucosa bucal y/o traquea relacionado con intubación.	Realizar higiene bucal. Hidratar labios. Medir presión del balón del T.O.T., cambiar punto apoyo del punto endotraqueal. Asegurar que las fijaciones no afecten a comisuras labiales.	Paciente/usuario transplantado hace 3 días. Sin problemas en el postoperatorio	El resto de los problemas se tienen que seguir valorando hasta el alta de la UCI y hospitalaria
35	27	Preocupación por tratamiento farmacológico que puede afectar a su vida y profesión	Insistir en abandono del hábito de fumar informando de su efecto sobre su salud. Iniciar dieta hipocalórica y baja en colesterol	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
36	35	Estreñimiento. Posible fisura anal y eritema perianal. Angustia materna	Observación del estado del bebé y se comprueba existencia de fisura anal y eritema. Información a la madre sobre el hecho, que es bastante normal . Administración de zumo de naranja. Aconsejar que la madre tome alimentos ricos en fibra. Enseñar a realizar masaje abdominal y estimulación anal. Enseñar a curar fisura	La madre refiere mejora del estreñimiento. Fisura anal casi cicatrizada y curado el eritema	Esta madre será capaz de actuar en otra ocasión en que su hijo presente de nuevo estreñimiento
37	23	Sobrepeso importante.	Explicar importancia de la relación talla-peso. Marcar un ritmo de reducción de peso adecuado. Limitar azúcares solubles. Limitación de los glúcidos. Controlar consumo de bocadillos. Beber agua abundante. Limitar consumo de alcohol	Deseo de adquirir conocimientos respecto a la mejora de salud y cuenta con apoyo familiar.	NO CONTESTÓ
38	26	Neoplasia de laringe y lengua. Capacidad de deglutir alterada y pérdida de peso (ausencia de	Cura de la herida causada por radioterapia. Hidratación de la piel. Higiene de zona alterada y cura. Escucha activa en su domicilio, para evitar que se sienta sola. Conocer sus	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ

		apetito).	creencias y valores, qué apoyos familiares y sociales tiene.		
39	31	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
40	37	Paciente/usuario con disnea de reposo, coloración azulada de piel en extremidades. Angustia. Se comprueba que la técnica de auto administración de inhalador no es buena.	Realizar anamnesis de enfermería. Administrar broncodilatadores. Realizar toma de constantes vitales. Calmar al paciente/usuario, tranquilizarlo e intentar relajarlo. Enseñar y reforzar al paciente/usuario sobre uso de inhalador.	A los pocos días paciente/usuario usaba el inhalador correctamente. Mejora de síntomas respiratorios. Coloración de piel normal. No se observó disnea. Paciente/usuario tranquilo.	Se le dio el alta del hospital
41	26	Paciente/usuario y cuidadora no se ven capaces de realizar cambio de bolsa y apósito del urostoma. Uno por falta de vista y la otra por falta de información.	Educación. Adiestramiento. Supervisión sobre cambio de bolsa y apósito.	La cuidadora realiza sola los cambios de bolsa y apósito sin problema.	NO CONTESTÓ
42	23	Paciente/usuario con diabetes presenta úlcera en extremidad inferior.	Realizar cura de úlcera.	La úlcera ha evolucionando y se ha hecho más superficial. La cura también ha ido variando.	NO CONTESTÓ
43	28	Úlcera vascular. Estado anímico bajo ante la lesión.	Averiguar si alguien le puede ayudar en casa. Averiguar si reciben visitas. Comprobar si tienen carencias.	Evoluciona adecuadamente. En breve se espaciará el tiempo de las curas hasta remisión de la lesión.	
44	30	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
45	52	Dolor severo en paciente/usuario post intervención. Diuresis de poca cantidad. No estaba cómodo en camilla.	Comprobar estado general y constantes. Se le retiró el oxígeno. Comprobar conciencia y si podía hablar bien.	Se le cambió de camilla a cama. Más cómodo. Dolor mejoró. Diuresis de buena cantidad.	NO CONTESTÓ
46	24	Programa de hemodiálisis. Persona desconfiada, se automedicaba, no dejaba que se le realicen curas.	Conversar con ella, ganándose confianza.	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
47	23	Estreñimiento. Le produce molestar y angustia	Enema oleoso. Analgesia para el dolor	Mañana nos llamará para decir cómo han ido los cambios. Según lo que diga, pasar a verla o quedar otro día	En función de lo que refiera la señora
48	30	Úlcera vascular	Lavado con S.F.	NO CONTESTÓ	Control en 24 h.

		venosa EII			
49	24	Obesidad grado II	Facilitada dieta y consejos dietéticos. Educación sobre ejercicios físicos, abandonar tabaco.	NO CONTESTÓ	En dos meses
50	29	Obesidad evidente IMC 36,45	Cuestiones sobre hábitos tóxicos y alimentación. Información sobre medidas dietéticas. Protocolos Dietéticos en Atención Primaria que establece la Generalitat de Catalunya. Apoyo psicológico	Reducción de peso en 2,5 Kg en esa semana	En una semana
51	29	Dolor intenso en región lumbar, de 3-4 horas de evolución, aparición brusca y dificultad para miccionar	Administrar medicación. Explicar el tratamiento. Aconsejar dieta hídrica diaria abundante. Informar que si hay fiebre acudir a urgencias	NO CONTESTÓ	Mejora de dolor en 30 minutos
52	45	Tensión arterial mal controlada por falta conocimientos dieta. Obesidad	Consejos higiénicos dietéticos. Recomendación caminar	NO CONTESTÓ	Nueva consulta en 30 días
53	30	Déficit conocimientos de cuidadora para administración insulina. Desconocimiento dieta diabética y complicaciones	Enseñar a la cuidadora, explicar que la eliminación de una dosis puede ser necesaria. Recordar que aumento de ejercicio aumentará la ingesta para evitar hipoglucemia	No ha entendido la pauta	La cuidadora sigue correctamente las recomendaciones y lleva buen control
54	26	Visita programada	Control T.A., vacuna de la gripe	El tiempo de espera ha puesto nerviosa al paciente/usuario y no es buen momento para medir T.A.	Sale de consulta con nueva cita
55	44	Diagnóstico médico	Curas húmedas, adaptación dieta personalizada para evitar descompensaciones	Tras 3 meses, mejoría, sólo lesión abierta, estabilidad metabólica y compensado resto patologías	NO CONTESTÓ
56	28	Diagnóstico médico	Glucemia antes de cenar, realizar dieta antidiabética, explicar signos y síntomas de hipoglucemia, medidas a tomar en caso de hipoglucemia, recomendar caminar diariamente	Recomendar reposos g, glucemias más altas en ayunas	NO CONTESTÓ
57	28	Niño 4 meses no aumenta peso	Comprobar báscula, comprobar que coge bien pecho, comprobar que no hay patología	Lactancia materna le era insuficiente	1 semana más tarde, ha aumentado de peso
58	27	Problema médico	Enseñar concepto de diabetes y complicaciones, plan dietético para reducir sobrepeso, aconsejar ejercicio físico, enseñar cuidado pies y	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ

			control, enseñar auto análisis. Enfermería asistencial y docente		
59	29	Dolor testicular intenso de 1 hora de evolución. Nerviosismo	Avisar especialista, responder dudas sobre operación, recuperación y repercusiones. Recomendación sobre respiración para disminuir dolor	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
60	30	Administrar vacuna gripe	Apuntar en cartilla de vacunas	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
61	24	Revisión niño 6 meses	Control del "nen sa", preguntas sobre desarrollo lenguaje, sociabilidad, manipulación y postural. Gráfico crecimiento. Preparar las vacunas	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
62	25	Herida inciso contusa superficial sin signos infección. Muy nervioso	Comprobar correcta vacunación antitetánica. Tranquilizar paciente/usuario, cura tópica con yodo, frío local, vigilar signos y síntomas neurológicos en próximas 48-72 horas	NO CONTESTÓ	Control de la herida en 24-48 horas
63	25	Hábito fumar.	Test de Fagerström (dependencia a nicotina). Puntuación 7. Fuerte adicción. Aconsejar dejar de fumar. Ofrecer chicles o parches de nicotina (el paciente/usuario los rechaza)	Sólo abandonó hábito 4 días. Quiere volver a intentarlo y se le aconseja usar chicles o parches nicotina	NO CONTESTÓ
64	34	Dolor intenso en zona lumbar derecha y molestias al orinar	Informar al médico de resultado prueba en orina, administrar medicación para dolor y para vómitos. Contestar preguntas del paciente/usuario. Nolotil por vía IV	Tras 30 min., ausencia de dolor. Alta	NO CONTESTÓ
65	25	Control TA y peso. Engordó 1 Kg. desde última visita	Educación sobre dieta hipocalórica	NO CONTESTÓ	Cita en 2 meses para nuevo control
66	29	No identifica problema	Se canaliza vía periférica y analítica de control. Informar paciente/usuario de evolución del tratamiento	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
67	27	Problema del paciente/usuario: deterioro funcional en los últimos 5 años. Incontinencia urinaria y fecal, lleva pañales. Matrimonio muestra actitud tranquila- Problema cuidador: Riesgo de cansancio en la realización del rol de cuidador.	Recomendar adecuación al paciente/usuario del baño y cama. Posibilidad de ingreso temporal de paciente/usuario para controlar la situación	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
68	25	Problema médico	Protocolo de acogida.	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ

			Comprobar estado neurológico y estado del apósito. Administrar medicación. Controlar durante noche estado paciente/usuario		
69	25	Alteración integridad cutánea por dificultad para moverse y por calzado inadecuado	Programa ATDOM. Cura úlceras. Información para no empeorar situación úlceras	Ahora úlcera muy exudativa marrón verdosa, pendiente valorar por clínico	NO CONTESTÓ
70	23	Quiere adelgazar, no controla lo que come	Consulta sobre motivos y entrevista clínica. Dieta de 1200 Kcal y normas higiénico-dietéticas. Pactar frecuencia visitas	Muy motivada para empezar dieta	A partir de esta visita, se evalúa el seguimiento de dieta y dificultades que surjan
71	31	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
72	28	Proceso quirúrgico de intervención sigmoidectomica secundaria.	Por prescripción médica se retira sonda vesical. Revisar apósitos, vaciar drenaje abdominal, suplir circunstancialmente comer y beber, movilización y vestirse y desvestirse	Desde que llega hija, más despierta y animada.	NO CONTESTÓ
73	28	Control TA y peso. Engordó 200 gramos	Control TA aceptable, hace dieta hiposódica, camina 1 hora al día. Insistencia en hacer dieta hipocalórica (no la sigue)	NO CONTESTÓ	Cita en 2 meses para nuevo control
74	31	Paciente/usuario deprimido por situación AVC, con manifestaciones de llanto y verbalización de situación	Entrevista enfermería (recogida de datos), D. Absoluta y reposo absoluto, informando a paciente/usuario y familia. TAC craneal	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
75	44	Dolor en pezones durante lactancia	Corregir posición de la boca del recién nacido, explicar a madre posición correcta	Disminución del dolor durante succión del r.n.	NO CONTESTÓ
76	28	Control de TA	Explicar importancia de ejercicio habitual, consejo antitabaco.	Reflexionará sobre lo que se le dijo y hablará en la siguiente visita	Cita en 15 días para valorar tratamiento farmacológico
77	23	Intervención - ansiedad debido a ésta	Acoger al paciente/usuario, valoración de necesidades según Virginia Henderson, informar sobre la intervención, actividades citadas en el protocolo de intervención de genoll	Reducción de la ansiedad	NO CONTESTÓ
78	26	Embarazo- VIH - pobreza	Durante consulta se explica la importancia de cambiar de medicación, le muestro pasillas para que se familiarice con ella	Se le pide que repita explicación para ver si lo ha entendido	Cita en un mes para control
79	47	Trastorno movilidad física, alteración patrón	Mejorar las AVD mediante educación y rehabilitación, alivio dolor (favorece el sueño)	Ha mejorado AVD, dolor disminuyó y comienza a dormir.	3 semanas tras la intervención

		sueño, dolor, déficit auto cuidados,			
80	25	Limpieza ineficaz de vías aéreas relacionado con dolor de herida quirúrgica. Abundantes secreciones	Toser sujetándose herida, fisioterapia respiratoria, aumentar ingesta líquidos, control secreciones, control FR y características respiratorias, posición Fowler	El paciente/usuario demuestra que sabe toser sujetándose la herida	NO CONTESTÓ
81	37	Hipertensión. Falta de conocimientos sobre TA, dieta y ejercicio.	Educación sanitaria básica sobre TA, la dieta y ejercicio a realizar	NO CONTESTÓ	Próximo control en 1 mes
82	29	Cura úlcera varicosa y control TA	Recomendar iniciar de nuevo la dieta sin sal. Repasar alimentos no recomendados	Se cura ella en casa	Visita semana siguiente
83	26	Problema médico	Actividades preoperatorio. Contestar dudas sobre operación. Tras operación, controlar apósitos, informar sobre dieta, control de diuresis	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
84	23	Problema médico (diabetes mal controlada)	Pesar, medir, TA, ECG, inspección de pies y uñas y sensibilidad.	Sabe qué dieta ha de seguir, pero explica que le es difícil seguirla	Cita en 1 mes para revisión de tensión y glicemia
85	24	Dolor abdominal y vómitos	Informar sobre procedimientos, comprobar constantes vitales, informar sobre necesidad de dieta absoluta	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
86	32	Déficit de movilidad RC por patología MP debilidad muscular	Valorar movilidad y evolución del deterioro, ayudar a realizar ejercicios, preparar cama para prevenir UPP, evitar movimientos rápidos para evitar fracturas, mantener entorno agradable	Paciente/usuario estable, que precisa ayuda para las AVD	Movilidad mejora dentro de los límites de su patología
87	28	Estreñimiento. Deterioro del patrón de sueño (insomnio)	Explicar importancia de ejercicio físico para mejorar ritmo deposiciones, necesidad de tomar alimentos ricos en fibra	Conoce los alimentos ricos en fibra. Conoce métodos para favorecer el sueño	Días más tarde, expresa que defeca sin dificultad y que duerme bien
88	24	Laringitis, tratada con inhalador	Explicar a familia la importancia de ingesta de líquidos y el uso correcto de inhaladores y las técnicas de ultrasonidos y lavados nasales	Buena tolerancia oral	NO CONTESTÓ
89	37	Alteración de integridad cutánea relacionada con la dificultad para moverse manifestada como una úlcera	Cambios posturales, higiene de la piel, movilizaciones EE II y cura de la úlcera	Buena evolución. Se sigue con el mismo plan de curas	NO CONTESTÓ
90	26	Dolor agudo	Información sobre cómo moverse sin sentir dolor, sobre técnicas de relajación, analgésicos	NO CONTESTÓ	Gran disminución (de forma gradual) del dolor
91	27	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ

92	34	HTA, sigue la dieta bien. Estreñimiento.	Pactar el beber 2 litros diarios de agua y fruta	Paseo diario de 1 hora	Ha bajado 1 Kg. La TA está en parámetros aceptables
93	27	Sobrepeso. Falta de conocimientos sobre dieta - Falta interés y motivación	Explicar dieta y beneficios - Control a los 7 días	Explicación de la dieta	Disminución de 300 gr. De peso
94	26	Insomnio y falta de conocimientos sobre medios para conciliar el sueño	Enseñar técnicas de relajación - Informar de medios para favorecer el sueño	Identificación de los factores que alteran el sueño	A los 30 días
95	28	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
96	41	Déficit Potencial volumen de líquidos	Plan de ingesta en 24 horas	Explicar a cuidadora	Paciente/usuario relajada, cuidadora más tranquila
97	28	Baja autoestima por el peso, malos hábitos alimenticios, poco ejercicio físico, falta de nociones sobre alimentación	Dieta	Refuerzo positivo y motivada	Pérdida de peso a largo plazo
98	31	Deterioro de la integridad cutánea por dificultad venosa	Cura con apósito cada 48 horas	NO CONTESTÓ	A los 2 meses
99	27	Problema de obesidad IMC 53 y ansiedad	Entregar dieta escrita y corregir hábitos erróneos	Explica y entiende la dieta	En las semanas siguientes, peso disminuye y paciente/usuario más tranquila y confiada, explica otras conductas de evitación
100	26	Diabetes. Déficit de conocimiento sobre la dieta por no saber distinguir alimentos con Hidratos de Carbono	Información sobre alimentos recomendados y cantidad	NO CONTESTÓ	En próxima visita
101	25	Niño con obesidad	Educación sobre dieta	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
102	33	Síndrome de desuso	Bienestar y confort. Enseñar a cuidador	Cuidador demuestra la actividad	NO CONTESTÓ
103	29	Diabetes. Falta de conocimiento sobre cuidado de pies, que presentan grietas, enrojecimientos y uñas mal cortadas	Explicar importancia del cuidado y cómo realizarlo, cómo cortar uñas	Verificar la comprensión de la explicación	Pasado un mes, la piel de los pies estaba mejor
104	26	Problema en pie le impide caminar, soledad, miedo a la reacción familiar	Animar a realizar la cirugía e informar sobre la misma	Animada a hacerlo	NO CONTESTÓ

105	48	Deterioro de la adaptación relacionada con cambio de tratamiento	Explicar técnica correcta de administración	Sabe inyectarse	Tras un mes de tratamiento con insulina, se inyecta correctamente. Aunque distingue los hidratos y equivalentes le cuesta seguir dieta
106	37	Manejo ineficaz de inhaladores respiratorios relacionado con déficit de conocimientos	Enseñar a usar correctamente los inhaladores	En dos días será capaz de usar correctamente los inhaladores	La paciente/usuario es capaz de realizarlo al final del turno
107	40	Deterioro de la integridad cutánea por dificultad venosa	Intervenciones de enfermería: cura de heridas, vigilancia piel, control nutrición, protección infecciones, terapia ejercicios	NO CONTESTÓ	Curación de la herida por segunda intención
108	40	Pequeño sobrepeso	Charla, dieta, enseñar hábitos saludables, actividad física y apoyo psicológico	Dejarle expresar su opinión sobre tema	Se aleja de la curva de obesidad en las tablas de peso/altura/edad. No presenta ansiedad y asimiló hábitos dietéticos sanos
109	50	Problemas familiares	Demandar gestión ayuda por asistente social, escucha activa	Enviar asistente social	NO CONTESTÓ
110	27	Duelo ante la muerte de la madre	Acompañamiento	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
111	25	Esclerosis	Cuidado y suplencia física	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
112	24	Muy angustiado por diabetes. Poca información	Enseñar sobre la enfermedad y la medicación (efectos secundarios, etc.)	Demuestra cómo inyectarse	Dentro de 1 semana
113	26	Falta conocimientos sobre dieta hipercolesterolemia	Interrogar sobre hábitos dietéticos y corregir hábitos negativos	Expone verbalmente los conocimientos adquiridos sobre la dieta, detectar los hábitos positivos y negativos de su dieta habitual	Concertar nueva cita para concretar los hábitos que no puede corregir y por qué
114	34	Niño prematuro. Madre angustiada por ingreso de niño y por desconocimiento a la hora de amamantar	Hablar con padres y desmitificar miedos, Cuando es posible amamantar, ayudar y explicar posición correcta, entorno adecuado, y disminuir angustias	Enseñar	Resultados óptimos
115	34	Riesgo de claudicación del cuidador	Pasar el test de cuidador que dio negativo. No hay claudicación, aunque pienso que está sesgado	Tiene muy asumido que es su trabajo, no quiere oír hablar de residencias por descarga temporal	NO CONTESTÓ
116	28	Aumento de peso y ansiedad. IMC= 30	Dieta de 1500 Kcal	NO CONTESTÓ	Control de peso al cabo de 15

					días
117	27	Alteración de la salud por falta de habilidades y conocimientos, déficit de auto cura, dolor relacionado con agentes lesivos físicos, riesgo de infección por falta de actividades, riesgo de deterioro de la integridad cutánea por la circulación	Sí por cada día	NO CONTESTÓ	Paciente/usuario mostrado tener conocimientos de las conductas generadoras de salud, mejora de hidratación, tranquila y segura, no manifestó dolor, mejora de edemas maleolares
118	28	Administración a domicilio de tratamiento anticoagulante. Desconocimiento por parte de paciente/usuario	Enseñar y evaluación posterior antes de ir al domicilio	Evaluación de cómo la hace el paciente/usuario	NO CONTESTÓ
119	32	Dificultad para cuidar paciente/usuario y familia por silencio respecto a diagnóstico, consecuencias y evolución	Centradas en analizar la situación familiar: composición, nivel de conocimientos, quién es el cuidador principal, situación emocional	Centradas en valorar y aumentar capacidades de familiares para auto cuidado	Actualmente, paciente/usuario no sabe su diagnóstico, familiar que sí lo sabe está nervioso e irritable, buen apoyo familiar - posible sobreprotección
120	36	No hay problema enfermero	Control y vigilancia de coloración de piel y mucosas	NO CONTESTÓ	Día siguiente: Buena coloración de piel y mucosas. Estable a nivel hemodinámico y respiratorio
121	37	Falta de continuidad en integridad de piel, miedo a tener pérdidas, que le lleva a un aislamiento social	Cura de piel, explicar estrategias para que empiece a salir	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
122	25	Verbalización de sentimientos de nerviosismo, aumenta ingestión alimentos, opresión en el pecho. Angustia relacionada con la falta de conocimientos	Informar sobre tratamiento y comprobar que entiende la información, ampliar información sobre la enfermedad, explicar cómo actuar frente a las complicaciones	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ

		sobre el tratamiento			
123	23	Paciente/usuario con diabetes que no sigue dieta ni recomendaciones para controlar su enfermedad	Informar sobre la fisiopatología de la DM, informar sobre dieta correcta y ejercicio físico, información sobre los riesgos de no seguir recomendaciones	NO CONTESTÓ	Vistas semanales para evaluar cambios
124	35	Probable lactancia ineficaz relacionado con poco incremento de peso), estreñimiento, riesgo potencial de seguridad	Para el estreñimiento, enseñar técnicas de estimulación anal y masaje. Respecto el peso, citar la madre en 3 días. Informar respecto a seguridad del bebé en el hogar.	La madre sigue el protocolo	En 3 días, nuevo pesaje y el peso aumenta. El estreñimiento no mejora. Citar para nuevo control
125	28	Procesos alterados del pensamiento, ansiedad, alto riesgo de violencia	Establecer límites en conducta, enseñar técnicas de relajación, favorecer la comunicación de sus alucinaciones, supervisión del paciente/usuario, disminuir estímulos estresantes del ambiente	Establecerá diferencias entre fantasía y realidad. Verbalizará estados de inquietud y utilizará mecanismos de afrontamiento eficaces	Se apreció mejoría en el estado del paciente/usuario con disminución de los discursos delirantes y nivel de ansiedad
126	24	Deterioro movilidad física por falta de voluntad. No realiza esfuerzos por moverse	Aumentar motivación para que camine y se mueva	Camina unos 10 minutos diarios con caminador	NO CONTESTÓ
127	28	Alteración de la nutrición, alteración visual, alto riesgo de caídas	Trocear comida y en menor cantidad para facilitar masticación, orientarle en tiempo y espacio, utilizar barandillas y dispositivo del WC	Gran fuerza voluntad y no quiere depender de nadie. Realiza ejercicios pasivos diariamente. Está bien atendido	NO CONTESTÓ
128	NC	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
129	32	Sobrepeso.	Confeccionar dieta personalizada, aconsejar ejercicio físico. Se le aconsejan hábitos dietéticos	Con la dieta ha disminuido sequedad de boca.	
130	25	Déficit conocimientos sobre dieta a seguir	Explicar la dieta adecuada de acuerdo a las capacidades y necesidades. Fomentar práctica de ejercicio físico	Comprobar que entiende la dieta. Andar 1 hora 3 veces por semana	Control en 15 días
131	26	Falta de conocimientos sobre cuidados de bebé. Ansiedad por ello	Enseñar teoría y práctica del cuidado del bebé. Explicar ventajas y desventajas sobre leche materna, posiciones para amamantar, cómo evitar regurgitaciones	Realizan los cuidados básicos perfectamente	Están tranquilos
132	28	Pie edematoso con inflamación con ligera supuración. Piel muy reseca	Hidratación de la piel y curas cada 24 horas	Muy buena evolución, sin signos de infección	NO CONTESTÓ
133	48	Obesidad IMC: 31,6: Desequilibrio de la nutrición por exceso	Ayuda para disminuir el peso. Informar sobre dieta	Se establece un programa de ejercicio físico acompañado de dieta. Se pactan los	Se programa una nueva visita de control de peso en 7 días. Ahí

				controles de peso cada 7 días.	presentará todas las dudas que le surjan.
134	33	Desequilibrio nutrición por exceso. Ingesta inadecuada cuantitativa y cualitativamente	Identificar factores que favorecen mala nutrición. Explicar dieta equilibrada. Beber agua e infusiones y evitar alcohol. Cambiar hábitos de alimentación	Comprobar que conoce dieta a seguir en 7 días	Perder de 2 a 4 Kg en 30 días
135	26	Falta de conocimiento sobre cómo toser/liberar esputo para liberar vías respiratorias	Enseñar a toser de forma efectiva para liberar vías respiratorias	Aprende a toser	Comprobar si el ejercicio enseñado es eficaz durante hoy y mañana
136	54	No hay problema enfermero	Administrar inyectable para la lumbalgia	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
137	26	Dificultad de deglución y llagas en los talones	Administrar comida triturada y gelatina. Para las llagas, curas, prevención de los puntos de presión, hidratar la piel, cambios posturales	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
138	26	Diagnóstico médico.	Explicar cómo cuidar zona intervenida, realizar baños de asiento, la importancia de seguir dieta correcta, beber agua y hacer ejercicio para evitar estreñimiento.	Antes de marchar, comprobar que sabe realizar correctamente los baños de asiento.	NO CONTESTÓ
139	35	Aumento de peso y problemas familiares	Proporcionar dieta adaptada. Recomendar llevar registro de la ingesta alimenticia. Control semanal de la T.A.. Hablar de los problemas familiares para poder aconsejar y disminuir su angustia.	NO CONTESTÓ	En la próxima vista se analizarán sus necesidades
140	46	Intervención de escoliosis.	Comprobar permeabilidad vías respiratorias. Necesita aporte de oxígeno. No tiene fuerza para realizar los volúmenes adecuados. Estimular para realizar respiraciones profundas y evitar apneas.	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
141	24	Alteración de la integridad cutánea.	Informar de las curas a realizar. Aplicar curas. Vigilar características del dolor. Valorar la eficacia de la analgesia. Enseñar a prevenir accidentes	NO CONTESTÓ	Herida con evolución lenta pero favorable. Se observan signos de cicatrización. No existe infección aparente.
142	26	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
143	42	Dolor de espalda debido a la posición	Hidratación y masaje en la espalda. Cambio postural. Actividades de confort	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
144	31	Control peso paciente/usuario con diabetes II	Entrevistar sobre hábitos dietéticos y ejercicio.	Disminución de peso	Próxima cita en un mes
145	34	Control HTA. Ha dejado de hacer	Recomendar realizar dieta asódica. Explicar		

		ejercicio. Bebe poco agua. Aumento de peso.	complicaciones cardiovasculares posibles. Explicar importancia de realizar ejercicio.		
146	29	Paciente/usuario en situación terminal	Preparar entorno tranquilo. Hablar con paciente/usuario sobre el proceso y que explique sus angustias. Controlar los síntomas relacionados con la fase agónica.	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
147	38	Paciente/usuario no realiza bien la dieta. Vida sedentaria.	Explicar dieta de 1.500Kcal diabética. Informar sobre consecuencias de descompensación metabólica. Recomendar el ejercicio.	NO CONTESTÓ	Control en 15 días
148	22	Mareo, desorientación, leve sudoración, tristeza por muerte de seres queridos.	Plan de cuidados recomendando mayor contacto social, realizar actividades de ocio, valorar presencia de animal de compañía, animar familiares a que le den apoyo.	Plan de cuidados positivo. Reducción de tensión arterial. Agradecimiento de la familia, que consideran que tienen mayor comunicación y unión.	NO CONTESTÓ
149	25	Visita a domicilio paciente/usuario terminal.	Comprobar estado general y constantes.	Requiere continuidad del tratamiento con mórficos vía oral. Si en una semana no son efectivos, cambiar vía administración.	Próxima visita en 3 días
150	31	Mal control diabetes	Explicar diabetes y posibilidad de tratamiento con insulina. Recomendar ejercicio.	Mejora de la glicemia. Pactamos controles quincenales. Explica dieta. Hace ejercicio.	Visitas quincenales
151	25	Diabético debutante	Explicar cómo se administra insulina, puntos de punción. Anotar todo en carné diabético.	Comprobar que lo ha entendido todo. Ante cualquier duda, puede llamar.	Próximo control de glicemia a las 20:00 h
152	23	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
153	25	Sobrepeso y TA por encima de la normalidad	Explicar dieta hiposódica, hipocalórica y rica en fibra. Consejo antitabaco. Recomendar hacer ejercicio regular y graduado.	NO CONTESTÓ	Control peso y TA en 15 días y pruebas complementarias
154	24	Sobrepeso. Falta de voluntad para seguir dieta equilibrada. No practica ejercicio físico.	Recomendar dieta baja en grasas y caminar diariamente. Consejo antitabaco para control de la HTA y de la salud general.	NO CONTESTÓ	Concertar cita en un mes para comprobar evolución.
155	25	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
156	27	Dificultad para conciliar sueño	Averiguar patrón habitual de sueño del paciente/usuario. Facilitar que el paciente/usuario demuestre sus miedos y sentimientos. Tranquilizarle y orientarle con	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ

			frecuencia respecto ambiente y tratamiento. Utilizar las medidas que demuestren ser útiles para el paciente/usuario.		
157	23	Sobrepeso	Explicar importancia ejercicio físico. Continuar medidas higiénico dietéticas.	NO CONTESTÓ	Próxima visita en 3 semanas
158	27	Diabética debutante	Explicar de forma que pueda entender qué es diabetes, tratamiento e indicaciones dietéticas a seguir. Explicar cómo realizar controles de glicemia. Explicar cómo realizar inyecciones. Pautar controles de glicemia.	Comprobar que paciente/usuario y cuidadora entienden lo explicado.	En una semana
159	44	Hábitos higiénicos no adquiridos. Deposiciones dolorosas. Niño con buena actitud ante los cambios.	Informar sobre hábitos alimentarios a mejorar (más ingesta de fruta, lácteos y verduras). Beber agua. Aconsejar sobre hábitos higiénicos (baño diario y cepillado de dientes).	NO CONTESTÓ	Próximo control en 3 meses
160	26	Diabetes mellitus tipo II. Cifra alta de glicemia.	Insistir en que se debe seguir dieta y ejercicio. Aumentar dosis de antidiabéticos orales	Glicemia basal de 196 mg/dl	Cita en 2 semanas
161	26	Úlceras. Anóxia cerebral. Estado caquético.	Cambios posturales (valoración de 28 en escala de UPP de Arnell).. Cura de la úlcera. Proteger integridad de la piel.	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
162	27	Diagnóstico médico. Intervención. Riesgo de infección de herida quirúrgica.	Controlar buen estado de herida. Informar al médico de evolución de la herida.	NO CONTESTÓ	Alta en 24 horas
163	28	Obesidad	Explicar dieta. Establecer pautas de ejercicio diario.	NO CONTESTÓ	Cita en 1 semana.
164	27	Alteración de la nutrición por defecto.	Establecer dieta diaria que cubra necesidades nutritivas. Enseñar a descansar tras las comidas. Aporte hídrico. Proporcionar atmósfera agradable y relajante.	NO CONTESTÓ	No hay complicaciones. El estado nutricional ha mejorado.
165	43	Ejercicio deficiente. Camina poco.	Incidir en dieta y ejercicio. Recomendar caminar.	NO CONTESTÓ	Control hipertensión en 1 mes
166	28	Déficit de auto cuidado por hemiparesia. Deterioro potencial integridad cutánea. Dificultad en la movilidad.	Cambios posturales. Hidratar piel. Realizar ejercicios pasivos. Observar zona donde recibe RDT. Ayudar en auto cuidado. Realizar higiene diaria. Informar paciente/usuario y familia sobre etiología del problema y probabilidades de recuperación parcial. Informar sobre importancia de ejercicios físicos.	Más tranquilos tras explicaciones y confirman colaboración.	NO CONTESTÓ

167	27	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
168	28	Control enfermería	Revisar seguimiento de dieta y ejercicio. Revisar autocontroles. Aconsejar seguir dieta y hacer ejercicio.	Se atiene a la dieta en general.	Próximo control en 1 mes
169	25	Diabética debutante.	Explicar dieta y protocolo ejercicios.	Posee conocimientos generales respecto a su patología. Conoce alguna complicación relacionada.	Cita en 2 días y comenzar a explicar aspectos concretos de la diabetes.
170	24	Cura de úlceras por presión	Pautar cura diaria. Realizar escala de Norton. Iniciar protocolo de prevención de UPP.	Informar familia de la actividad realizada y de la importancia de la prevención.	Valorar evolución de las UPP en 1 semana.
171	30	Paciente/usuario con fractura abierta tibia y peroné para intervenir quirúrgicamente.	Aplicar protocolo del centro para control de apósitos. Ayudar en higiene corporal diaria. Administrar medicamentos. Respetar intimidad del paciente/usuario. Aplicar protocolo centro para paciente/usuarios quirúrgicos.	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
172	44	Sobrepeso severo.	Tomar constantes T/A. Realizar valoración de los pies. Recomendar dieta hiposódica y caminar más.	NO CONTESTÓ	Próximo control en 2 meses.
173	28	Preocupación por incontinencia urinaria al esfuerzo. Mala dieta. Sobrepeso. Falta de ejercicio	Explicar riesgo cardiovascular de sobrepeso. Importancia de hacer ejercicio. Explicar dieta hipocalórica e hiposódica. Pacto de perder 1 Kg al mes y de caminar media hora diaria. Enseñar ejercicios rehabilitación muscular. Aconsejar comprar compresas específicas para incontinencia.	NO CONTESTÓ	Próxima visita en 3 meses
174	40	Presenta dependencia de diversas necesidades que son suplidas por cuidadora.	Hacer ejercicios de movimiento. Cortar bien uñas para evitar heridas. Practicar masajes en zona sacra tras la higiene.	Está bien cuidada y la familia es cariñosa con paciente/usuario	Volver en 2 meses
175	24	Control niño sano	Protocolo niño sano (alimentación, cura ombligo, higiene, ropa, prevención de accidentes).	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
176	24	Obesidad e hiperglicemia	Aconsejar realizar dieta hipocalórica y diabética. Aumentar ejercicio físico. Solicitar protocolo de control.	NO CONTESTÓ	Visita control médico una vez se tengan los resultados
177	43	Diabetes Mellitus tipo II. Tratada con dieta	Aconsejar repartir la comida en 5-6 veces. Comprobar estado piel.	NO CONTESTÓ	Cita para dentro de 1 mes
178	26	Alteración de la nutrición R/C disfagia y M/P anorexia y pérdida de peso. Ansiedad	Hablar tanto con paciente/usuario como con su pareja. Modificar y adecuar textura de la dieta. Ingesta repartida en veces. Dar un	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ

			poco de vino antes de comidas. Respecto ansiedad, dejar que exprese sentimientos y miedos. Facilitar contacto con asociaciones.		
179	44	Visita domiciliaria	Cuidadora mantener bienestar y confort.	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
180	43	Dificultad para respirar. Intolerancia al esfuerzo físico y debilidad por anemia.	Incitarle a hacer y enseñarle ejercicios respiratorios antes de esfuerzo físico. Recomendar dieta rica en hierro durante 3 meses.	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
181	29	Deterioro de integridad cutánea. Aumento número de deposiciones. Eritema anal y perianal.	Realizar higiene corporal. Valorar estado piel. Mantener buen estado cavidad bucal. Fomentar actividad. Respetar intimidad. Mantener piel seca. Realizar cambios de pañal. Control permeabilidad vía venosa. Administración medicación P.O.M. Proporcionar confort y ambiente tranquilo. Evitar ruidos nocturnos.	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
182	43	Deterioro físico y mental avanzado.	Curar úlceras. Repetir curas diarias y observar evolución. Enseñar a familia importancia de cambios posturales, hidratación e higiene de piel. Apoyo psicológico a cuidadores familiares.	NO CONTESTÓ	NO CONTESTÓ
183	31	Control de 10 meses	Comprobar desarrollo, comidas, sueño y defecaciones. Información alimentaria. Programar la revisión de los 12 meses	NO CONTESTÓ	Revisión a los 2 meses

ANEXO E: Cuestionario

Presentación:

De: Florentina Zapico, enfermera colegiada con el número 4546

A:

Estimada compañera,

Me dirijo a ti por las referencias recibidas por otra estimable compañera, primero de todo, permite que me presente, mi nombre es Florentina Zapico y soy normalmente conocida como Tina Zapico ya que soy profesora de la Escuela de Enfermería Vall d'Hebron de la que algunos de vosotros probablemente hayáis salido egresados como titulares de Enfermería.

El objeto de esta carta es pedirte que contestes al cuestionario que te envío y si es posible, poder entrevistarnos o bien en su defecto, contestar por escrito al formulario de la entrevista. Este cuestionario y entrevista tienen como finalidad, recoger los datos que me ayuden a demostrar mi hipótesis de partida en la Tesis Doctoral que en la actualidad estoy realizando sobre los "Avances de la práctica enfermera", dirigida por el profesor Dr. Josep Rodríguez, catedrático de Sociología de la Universidad de Barcelona.

Gracias y espero tu respuesta que para mi es muy valiosa.

Si deseas comunicarte conmigo, este es mi correo electrónico, teléfono y Fax:

tzapico@cs.vhebron.es

T.: (93) 489 40 82

F.: (93) 489 40 87

La dirección de correos para la respuesta es:

Florentina Zapico Yáñez

Escola d'Infermeria de la Vall d'Hebron

Passeig de la vall d'Hebron, 119-129

08035 Barcelona

Fdo.: Tina Zapico

Barcelona, octubre de 1999

Preguntas:

Entrevista y/o en su defecto cuestionario que me permita analizar el concepto de cuidar, su finalidad y estrategias de cuidado por usted planteadas.

Como segunda premisa, les pido que me describan la última actividad llevada a cabo en el ejercicio de su profesión, con la finalidad de dar a conocer las actividades que realizan las enfermeras en sus prácticas habituales.

1, ¿Cómo definiría usted cuidar?, Cite alguna de las características que lo definen.

2.- Defina brevemente alguna actividad de cuidado y su finalidad.

3.- Describa el último caso o actividad que usted esté tendiendo en la actualidad y, si es posible, identifique el problema y el tipo de actividades llevadas a cabo.

4.- También se le pide, si es posible, que apunte la resolución del problema o evaluación si es un caso de larga trayectoria atendido por usted.

Cuestionario: Datos personales y profesionales

1.- Datos personales (opcional)

Apellidos y nombre.....
Dirección.....
Población CP Tel.

2.- Datos del Centro de trabajo

Nombre del Centro.....
Servicio.....
Dirección.....
Población CP Tel.
Escuela de enfermería donde ha realizado los estudios.....
Año de final de carrera.....

3.- Experiencia profesional (5 últimos años)

Centro	Servicio	Años
.....
.....
.....
.....
.....

4.- Cursos realizados (en los 5 últimos años)

Nombre del curso	Institución	Horas
.....
.....
.....
.....
.....

5.- Experiencia docente (en los últimos 5 años)

Nombre del curso	Institución	Horas impartidas
.....
.....
.....
.....
.....

6.- Trabajos publicados (en los últimos 5 años)

TítuloPublicaciónFecha

.....
.....
.....
.....
.....

7.- Comunicaciones y/o ponencias presentadas en Congresos y Jornadas (en los últimos 5 años)

.....
.....
.....
.....
.....

8.- Participación en Comisiones Profesionales (especificar)

.....
.....
.....
.....
.....