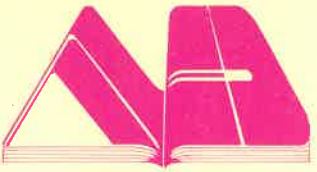


OCTAVAS SESIONES DE TRABAJO DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE ENFERMERIA DOCENTE

¿QUIEN DIRIGE LA ENFERMERIA?

PUERTO DE LA LUZ (Tenerife)
3, 4 y 5 de diciembre de 1987

OCTAVAS SESIONES DE TRABAJO DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE ENFERMERIA DOCENTE

¿QUIEN DIRIGE LA ENFERMERIA?

OCTAVAS SESIONES DE TRABAJO DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE ENFERMERIA DOCENTE

PUERTO DE LA LUZ (Tenerife)
3, 4 y 5 de diciembre de 1987

Depósito Legal: M. 23.552-1988
I.S.B.N. 84-404-2541-4
Fotocomposición e Impresión:
Gráficas Lormo
Isabel Méndez, 15 - Telf. 430 05 26
28038 MADRID

INDICE

	Pág.
CONFERENCIA INAUGURAL: Enfermería y poder	9
1.ª Ponencia: Representatividad y liderazgo en enfermería	19
2.ª Ponencia: El líder oficial: La administradora de Servicios	33
3.ª Ponencia: Enfermería de la Comunidad y liderazgo en salud	43
4.ª Ponencia: Educación para el liderazgo	61
CONFERENCIA DE CLAUSURA: Las enfermeras y el saber enfermero	79
MESA REDONDA: ¿Quién dirige la enfermería?	95

COMUNICACIONES:

1.	De un líder legítimo hacia un líder natural	113
2.	Bases del poder del dirigente	121
3.	Jefatura y liderazgo en enfermería	127
4.	Evolución de una profesión hacia funciones más directivas	133
5.	Análisis del liderazgo oficial de enfermería en el S.A.S. de Córdoba	141
6.	El rol de la Enfermería en la sociedad	149
7.	Enfermería hacia una única definición	157
8.	Posibilidades de enfermería para su autogobierno	163
9.	Memorandum Enfermería 83/2000	169
10.	La formación superior en enfermería, un camino para el liderazgo	181
11.	Educación para el liderazgo en la E.U.E.	199
12.	Una experiencia en la motivación de actitudes para la docencia	207
13.	Una aportación a la formación de líderes de enfermería a través de la Formación Continuada	215
14.	Estudio de las relaciones entre los miembros del grupo formado por el personal docente que en el Curso 87/88 pertenecía a la E.U.E. de Valencia	221
15.	Enfermería en la Comunidad y liderazgo en salud	243

16. Liderazgo de enfermería en el desarrollo de la atención primaria 249
17. Enfermería en la Comunidad, educadora en la Comunidad ... 255
18. Adecuación empírica del modelo de D. Orem en individuos mayores de 65 años en consultas de enfermería 261

CONFERENCIA INAUGURAL:

ENFERMERIA Y PODER

Ignacio ARA PINILLA
Catedrático de Filosofía
del Derecho.
Universidad de La Laguna.
Tenerife.

Constituye para mí un motivo de profunda satisfacción, y, al mismo tiempo, también de lógica responsabilidad, poder intervenir en estas VIII Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente, Asociación con la que, en principio, puede parecer que, desde mi perspectiva como jurista, no son demasiados los nexos que nos vinculan, pero con la que siempre se presenta como objetivo común el anhelo por una Universidad mejor, por unos estudios universitarios dignos y consonantes con las más elevadas exigencias del progreso social.

Mi grado de satisfacción, y sobre todo de responsabilidad, se ve notoriamente incrementado por el hecho de que mi presencia entre todos ustedes tienen lugar para sustituir, por imponderables de su actividad académica, a la del Profesor Gregorio Peces Barba, en quien toda mi generación de profesores de filosofía del derecho ha podido encontrar el máximo exponente de la lucha, no sólo en el plano estrictamente político, sino también, y de manera fundamental, en el de la investigación teórico-jurídica, por la legitimación del derecho y del poder político, y en quien todos hemos podido vislumbrar el mejor estímulo para dotar de pleno sentido a nuestra actividad universitaria.

Precisamente en la órbita de una de sus mayores preocupaciones teóricas (los problemas de legitimación del poder) se inscribe esta conferencia, cuyo título encierra ya en su propio enunciado una buena dosis de ambiguedad.

Se trata, en efecto, de dilucidar cuál es la relación existente entre ambos conceptos —Enfermería y poder—, ésto es, si vemos a referirnos a la función a desarrollar por la Enfermería como exponente de la lucha por la salud, lo que comportaría una discusión sobre el poder, sobre la función de liderazgo que a la profesión de Enfermería debe corresponder en el aglutinamiento de los servicios humanos y materiales disponibles para la definitiva adecuación de nuestra sanidad al modelo sanitario previsto en nuestra norma constituciones, y, en última instancia, en las directivas internacionales al respecto, o si, por el contrario, vamos a aludir a una cuestión de índole estrictamente interna, debatiendo, desde presupuestos y con premisas ya aceptadas, cuestiones de legitimación que no pueden dejar de incidir evidentemente, en el mejor servicio que pueda brindar a nuestra sociedad la profesión de Enfermería.

Pronto vamos a tener ocasión de comprobar, sin embargo, que las respuestas que hayamos de proporcionar a ambas cuestiones se encuentran indisolublemente compenetradas, que hay un enorme grado de interdependencia en las soluciones que adoptemos al respecto.

Así, entrando ya en el primero de los aspectos reseñados, hay que indicar, ante todo, que el análisis de la función de liderazgo que pueda desarrollar en la actualidad la Enfermería exige, con carácter previo, la determinación del sentido del trabajo de sus profesionales, ésto es, la determinación de cuáles son, en nuestro tiempo, los objetivos a los que sirve o debe servir la profesión de Enfermería. La respuesta es evidente por lo trivial: se trata, lógicamente, de aunar esfuerzos, de unificar actitudes, al servicio de la salud.

Pero lejos de resolverse en esta aparentemente simple delimitación nuestro problema, éste se centra ahora en determinar cuál es el significado que tiene esgrimir el objetivo de la protección de la salud.

Pues bien, habría que indicar al respecto que, con independencia del valor que pueda tener como meta política, como slogan de acción, tal como de forma paradigmática se presenta en el lema «salud para todos», la salud se constituye en la actualidad como un derecho individual cuya protección es asumida por, y debe ser exigida a la organización estatal, marcando precisamente en este punto una de las más relevantes pautas del tránsito desde el Estado liberal hasta el Estado social en cuyo modelo armónico pretende establecerse nuestro país a tenor de la definición estatal que suministra el artículo 1.1. de la Constitución Española de 1978.

En nuestro caso, el texto literal del artículo 43.1. de nuestra norma constitucional, al indicar escuetamente que «se reconoce el derecho a la salud», posibilita que, como tal derecho, éste sea reivindicable por los ciudadanos en una relación directa entre el individuo y el Estado, rompiéndose de esta manera la necesidad de la existencia de estructuras intermedias que debiliten el significado del derecho a la salud, en la medida en que, como ha indicado Fernando Garrido Falla, el derecho a la protección de la salud está en función de la condición de ciudadano, no de la de asegurado ni de ninguna otra semejante. Disponemos, por consiguiente, de una aproximación preliminar al tema que nos permite caracterizar a la salud como un derecho individual cuya titularidad no admite excepciones ni puede quedar condicionada a ninguna circunstancia que resulte ajena a la propia condición humana.

No han faltado, sin embargo, quienes han podido impugnar este carácter de la salud como derecho individual, generalizable a todos los ciudadanos, basándose en las limitaciones que con respecto a sus garantías procesales establece la propia Constitución Española que, en su artículo 53.3. indica que: «El reconocimiento, el respeto y la potección de los principios reconocidos en el capítulo tercero informará la legislación positiva, la práctica judicial y la actuación de los poderes públicos. Sólo podrán ser

elegidos ante la Jurisdicción ordinaria de acuerdo con lo que dispongan las leyes que los desarrollen».

Pudiera, en efecto, deducirse del tenor literal de esta disposición constitucional, que los denominados principios rectores de política social y económica, dentro de los cuales se incardina el derecho a la protección de la salud, quedasen literalmente reducidos a la condición de simples principios destinados a guiar las líneas generales de nuestro sistema jurídico, a simples buenas intenciones por completo carantes de la más mínima trascendencia dentro del mundo del derecho.

Nada más lejos, sin embargo, de la realidad. El hecho de que su protección judicial quede de alguna manera diferida, no supone en absoluto ni que los derechos reconocidos en el capítulo III del título I de la Constitución Española, y, con ellos, el derecho a la salud, no vinculan a los tribunales de justicia ni que pueda ponerse en discusión su configuración dentro de la esfera de los derechos fundamentales. Y es que, como bien ha indicado Luis Prieto Sanchís, «si el reconocimiento, respeto y protección de tales principios debe informar la práctica judicial, es evidente que no sólo son alegables, sino que deberán ser aplicados por los Tribunales».

Lo que ocurre es que estos derechos resultan, desde luego, matizados en relación con los clásicos derechos humanos que se instauran positivamente a partir del estallido del movimiento revolucionario de finales del siglo XVIII, ya que en ellos no se manifiesta como tal, no se traduce en sus propios términos la autonomía individual, sino que, por el contrario, se constituyen más bien como derechos crédito o derechos prestación, en nuestro caso, como el derecho a que el Estado proporcione los instrumentos adecuados para que nuestra salud no pueda verse mermada.

Así, pues, el estado ya no es, como sucedía en el sistema político liberal, el garante de los ciudadanos, sino que él mismo asume la realización de objetivos sociales, no ya de forma espontánea, sino como fruto de una incontinente demanda ciudadana, bien directamente (a través de procesos de intervención pública), o bien indirectamente (descomponiendo el papel del Estado, que se personifica jurídicamente como centro de imputación). Los individuos enajenan su exclusividad como actores de la escena social para asumir su papel de acreedores frente al Estado, el cual pierde su cómoda función de juez inmaculado, para ostentar la titularidad de un progresivo pasivo frente a sus componentes, obligado como está a promover situaciones nuevas, a redefinir, de alguna manera, el espacio social, corrigiendo los desequilibrios naturales y estableciendo situaciones nuevas en las cuales se permitiera a todos disfrutar de la salud o, más matizadamente, se establecieran las condiciones necesarias para que todos y cada uno de los ciudadanos pudieran verse realmente amparados en la protección de su salud.

Se conjuga de esta manera el sentido primitiovo que representa el valor de la libertad con la igualdad en lo que Gregorio Peces Barba ha definido

como «libertad igualitaria o construcción igualitaria de la libertad», que vendría así a superar las insuficiencias de la primera etapa de la evolución de los derechos humanos, o, si queremos utilizar una terminología que resulta ya familiar a los juristas, de los derechos humanos de la primera generación.

de alguna manera, podríamos llegar incluso a pensar que el lema de «salud para todos» que orienta en la actualidad a la unificación de los esfuerzos en beneficio del progreso de la sanidad, traduce a la perfección las exigencias inherentes a esa positivación a nivel constitucional del derecho a la salud, al haberse extendido efectivamente este derecho a la salud a todos los ciudadanos.

Pero las cosas no van exactamente por ese camino. Si la historia de la humanidad ha venido constituyéndose, a través de un proceso quebradizo y zigzagueante, como la historia del progreso y de la traducción de la utopía en realidad, es conveniente también destacar que ese progreso no se concluye, ni mucho menos, con la instauración del Estado social, ni con la positivación de los derechos que le son inherentes, sino que, cuando menos, exige una reformación de estos derechos, dotándoles de un contenido material que, lejos de desnaturalizar a la función promocional del derecho, le dote de su significado más auténtico.

Es así como se puede decir que, en nuestros días, se ha modificado el significado atribuible al derecho a la salud, ampliándose de manera considerable su contenido. Fiel exponente de esta transición en su contenido es la definición que suministra la Organización Mundial de la Salud, al considerar a la salud como «un estado de bienestar físico, mental y social, y no meramente de ausencia de enfermedad o dolencia».

Pienso que resultaría ingenuo desconectar la referida modificación conceptual de la denominada crisis del Estado el bienestar y de la sustitución de sus valores típicos por otros diferentes.

Como resulta de sobra conocido, el Estado del bienestar encuentra su origen en la actitud intervencionista que, siguiendo la doctrina Keyneriana, adopta el Estado para corregir las disfuncionalidades económicas que estallan en 1929.

Se genera así una política estatal de inversiones públicas que traerá consigo un aumento de la ocupación y de los salarios, con el consiguiente incremento del consumo y de la demanda, que, de alguna manera, devuelve el equilibrio perdido.

El desfase del sistema se produce a partir de 1964, cuando el elevado nivel ocupacional y salarial genera una importante fuerza sindical y esa fuerza sindical acomete el asalto abierto en pos de la consecución de superiores cotas sindicales. Así, los sindicatos se ven obligados a ofrecer unos objetivos sindicales inmediatamente apetecibles para poder superar en la lucha democrática a los demás sindicatos.

En este contexto, que se ve además acompañado de un continuado

avance tecnológico, con el consiguiente incremento de la productividad, el aumento del bienestar en su más burda versión consumista en que se ven obligados a coincidir los sindicatos para resultar electoralmente competitivos, hace que los salarios se vean sesgados al alza, y los beneficios a la baja, culminándose un proceso que llevará a la definitiva crisis fiscal del Estado en la que, por extraño y paradójico que pudiera resultar, el Estado del bienestar acaba por ser, como bien dice John Logue, víctima de sus propios éxitos.

Ante una situación semejante no puede parecer extraño que la sociedad que ha sufrido en sus propias carnes las consecuencias de la acumulación capitalista y del afán consumista, se oriente hacia objetivos nuevos en los que queda despedazada la, hasta entonces vigente, ecuación entre el bienestar y el consumo.

Y no es que se rechace el bienestar, sino que éste adquiere un sentido radicalmente diferente, renunciando al consumismo y orientándose hacia la calidad de vida y hacia la autentificación del ser humano.

Así hacen su aparición en la constelación de las apetencias individuales, el derecho al medio ambiente, el derecho al desarrollo, a la paz, a la autodeterminación individual, el derecho a la propiedad sobre el patrimonio común de la humanidad, y tantos otros que se han solido inscribir bajo la ambigua denominación de derechos de la tercera generación. Pues bien, en esta dinámica se inscribe también la progresión que, en la actualidad, experimenta el contenido del derecho a la salud.

La sanidad no puede quedar ya reducida a la simple atención de la enfermedad, sino que integra en sus objetivos la prevención de las enfermedades y de las dolencias, promoviendo formas de vida escrupulosamente respetuosas con la integridad individual en las que disminuyan los peligros de accidentes, de contaminaciones ambientales, de trastornos psíquicos, de angustias vitales, etc. Al mismo tiempo, se propone el acceso a la generalidad de la población de los más sofisticados medios tecnológicos para luchar por la curación de las enfermedades declaradas, procurando al enfermo las más adecuadas condiciones ambientales para soportar su carencia de salud de la mejor manera posible.

En estas circunstancias, el Estado se ve obligado a mejorar la mala distribución de los servicios sanitarios, a asumir la progresiva elevación del coste de la salud como lógica consecuencia del aumento de la demanda y de la calidad del servicio, a provocar una adecuada redistribución geográfica y sectorial tendente a evitar desequilibrios en la relación entre la oferta y la demanda, neutralizando tales desequilibrios en el mejor aprovechamiento de las fuerzas existentes, y a desarrollar, cada vez más, un nuevo concepto de atención primaria que viene, si no a sustituir, sí a complementar de manera paulatina a la atención hospitalaria.

Pues bien, no creo que quepan muchas dudas acerca de la relevancia de la actuación de los profesionales de la Enfermería en el servicio a la si-

tuación descrita. Y ello no sólo porque constituyen el más amplio contingente humano con que cuenta en nuestros días el servicio de sanidad, sino también por ser trabajadores en contacto directo con la sociedad a la que sirven, detectando las diversas disfunciones de los servicios sanitarios como portavoces de la masa social y por encontrarse ubicados en cada uno de los diferentes niveles de la atención sanitaria.

Así puede, afirmarse que los profesionales de la enfermería constituyen en la actualidad un potencial humano destinado a llevar a cabo una auténtica función de liderazgo en el sistema sanitario asumiendo sus responsabilidades al servicio del nuevo concepto de salud y de su generalización universal a través de su participación directa en la elaboración de los futuros planes de salud, en la toma de decisiones, en la dirección de los programas y del material humano disponible para llevarlos a cabo, y, sobre todo, promoviendo la mayor concienciación posible en las capas de la sociedad no directamente vinculadas con el sector sanitario y en los poderes públicos para que la lucha por la salud no sea sólo el objetivo de unos cuantos profesionales, sino la meta común de la humanidad.

Y es en este punto donde surge la imperiosa necesidad de forjar líderes en el ámbito de la Enfermería, líderes que asuman la globalidad de su función, sin desdeñar responsabilidades y sin prostituir la evidencia del proyecto trazado.

De aquí, pues, que como decíamos al principio, la respuesta al problema de la Enfermería como exponente de la lucha por la salud se encuentre en una relación de interdependencia con la de la legitimidad del poder interno en la propia profesión de Enfermería, en la medida en que éste se ve obligado a asumir y a promover un amplio programa al servicio de la salud, a la vista del nuevo orden de valores que parece guiar en la actualidad a los movimientos sociales.

Pero tampoco creo que una situación como la descrita deba suponer ningún tipo de originalidad en cuanto a la legitimación del poder en Enfermería. Si la sociedad ha proyectado un nuevo orden de valores, ha provocado un nuevo concepto de salud, no es precisamente al margen de los profesionales de la sanidad.

De ahí que la legitimación de sus poderes deba huir de mesianismos incoherentes para constituirse como una legitimación democrática, democrática en el más auténtico sentido de la palabra.

Creo que si bien es cierto que la democracia real y completa sigue y seguirá siendo un ideal inalcanzable, si bien es cierto que, como ha indicado Nicolás María López Calera, no se puede hablar de democracia, sino de democratización, de mayores dosis de democracia que provocan que el objetivo democrático parezca cada vez más próximo, si es posible, cuando menos, racionalizar con criterios democráticos la opción a tomar.

El proceso es muy sencillo. No basta con la simple identificación entre democracia y regla de las mayorías, sino que hay que asumir el sentido

pleno de aquélla, proporcionando una información exhaustiva de las opciones para la Enfermería vigente en otras sociedades, posibilitando la incondicionalidad de la voluntad, tanto de la formación como de la expresión de la voluntad, y manteniendo el respeto a la minoría disidente.

Será sobre estos tres pilares como podremos traducir las decisiones mayoritarias en decisiones auténticamente democráticas, como podremos hablar, en definitiva, de una legitimación democrática.

No hay razones para temer que los profesionales de la Enfermería se equivoquen en su opción, que elijan a líderes que no sean los más adecuados para llevar a cabo el programa descrito.

Este es lo suficientemente ambicioso y sugestivo para que ustedes, que ya han demostrado su grandeza moral poniéndose al servicio de la sociedad desde un puesto tan delicado y sacrificado, se vuelquen en cada uno de los aspectos que comprenden el proyecto y también, desde luego, en la decisión del liderazgo en Enfermería.

Será, pues, función de los propios líderes crear la ilusión colectiva que permita culminar el camino emprendido y ratificar su legitimización a través de un consenso social activo, ésto es, de un consenso en el que no sólo se de el elevado nivel de participación que caracteriza a los auténticos sistemas democráticos, sino también la autoconciencia en cada uno de los miembros de Enfermería de la enorme transcendencia que para toda la sociedad tienen la formación y la elección de líderes en Enfermería comprometidos con la lucha por la realización integral de la salud, y dotados de las mejores condiciones para llevarlos a efecto.

Si antes hemos caracterizado a la salud como un derecho que puede exigir del Estado cada uno de los miembros de la sociedad, parece evidente que a los profesionales de la Enfermería incumbe una grave responsabilidad en la efectiva realización de este derecho. Hoy más que nunca creo que los ciudadanos somos conscientes de la grandeza de su profesión, y de la abnegación y el sacrificio que comporta. Quizá por ello confiamos en su trabajo para que lo que algunos entienden como una simple declaración retórica, se realice como auténtico derecho fundamental, se posibilite en el seno de nuestra sociedad.

El desafío de la protección de la salud en su sentido integral está ya en marcha. Si me lo permiten, para darle la respuesta más adecuada, son ustedes y los demás profesionales de la sanidad quienes tienen ahora la palabra.

1.ª Ponencia

REPRESENTATIVIDAD Y LIDERAZGO EN ENFERMERIA

M.ª Paz Mompart García
Presidenta A.E.E.D.
Profesora U.N.E.D.

I. INTRODUCCION

Representatividad y liderazgo son dos palabras ampliamente empleadas en nuestra sociedad actual. Ambas se entremezclan en conversaciones, escritos, publicaciones, del más variado signo, confundiéndose en ocasiones en un mismo significado. Líder t representante son, a veces, sinónimos que tratan de designar a la persona que habla en nombre de los demás miembros de un grupo, caso del representante, o bien que procura que éstos tengan posibilidad de hablar, en el caso del líder.

Muchas son las formas de afrontar la relación de estas dos palabras y sus significados, independiente o conjuntamente. Podríamos tratar del aspecto puramente sociológico al abordar la tipología del líder y las diferentes maneras de ejercer ese liderazgo. También se puede enfocar el tema desde la perspectiva política y las connotaciones que ambos términos presentan en el terreno del manejo del poder, concepto que, naturalmente también se imbrica en la red. Podríamos así decir que el representante tiene el poder que sus representados le delegan, le otorgan para una determinada finalidad y que el líder posee ese poder de forma personal y que trata de dirigirlo justamente hacia el grupo al que pertenece, al compartir con él el liderazgo.

Pertenencia es otra palabra de obligado empleo al tratar representatividad y liderazgo, porque ambos conceptos se asientan en grupos humanos, que son dirigidos o representados por diversos motivos y circunstancias, pero grupos al fin al que el líder o representante pertenecen.

Así, pues, y en esta obligación que me ha impuesto la organización de las Sesiones de Trabajo que justamente se preguntan ¿Quién dirige la Enfermería?, acerca de la reflexión que para esta profesión nuestra puede suponer tales conceptos, he tratado de hacer una revisión de la situación de la Enfermería en España cara a sus posibilidades de representación y liderazgo, así como hacer algunos planteamientos hacia el futuro.

Sin intentar comenzar escandalizando a Vds., quiero aclarar que parto de una idea previa: liderazgo y representatividad son en Enfermería dos conceptos separados y muy poco desarrollados, y de otra idea final: líderes

y representantes deben, en lo posible, ser las mismas personas o cuando menos, marchar unidos en el camino profesional.

Probablemente, para empezar desde el principio, habría que preguntarse si ciertamente es necesario que un grupo profesional disponga de líderes y/o representantes.

En el caso de las enfermeras, ¿qué esperamos de tales líderes y representantes?, ¿qué pensamos de ellos?, ¿cómo los utilizamos?

Para contestar a estas preguntas habría que buscar los exactos significados de las palabras que tratamos.

Por ejemplo, los diccionarios dicen de representar cosas tales como: «hacer presente una cosa», «informar, declarar o referir», «ser imagen o símbolo de una cosa o imitarla perfectamente», y como sinónimos: «figurar», «simbolizar», «llevar la voz cantante», «hacer de portavoz».

En cuanto a liderar, palabra recientemente incorporada al Diccionario de la Real Academia, tiene más tradición en la lengua inglesa, de donde procede, significando «conducir en un sentido, especialmente en avanzada» (Longman), «tener autoridad o influencia».

Permítanme que, saliendo de estos significados sobre los que más tarde volveré, para hablar de líderes y representantes utilice un símil que explicaré a lo largo de mi intervención.

En mi opinión, en un grupo profesional, los representantes son la voz, la capacidad de hablar y de expresarse, «portavoces», en el diccionario. Los líderes, por su parte, son los que poseen la palabra, los que la desarrollan e intentan transmitirla para mantener al grupo en la posición avanzada que desean.

Como es evidente, voz y palabra son, en principio, inseparables. Utilizando la figura empleada por Hall al hablar de curar y cuidar, podemos también asumir que ambos conceptos, la voz y la palabra, son las dos caras de una moneda, que le dan el valor total, que no existe si una de las dos está borrosa.

En mi opinión la voz (es decir, la representación) corre el peligro de ser, sin palabras, solamente grito. Por su parte la palabra (el liderazgo), sin voz, puede quedarse reducida a un simple susurro que no será escuchado por nadie. Ambas situaciones conducen inevitablemente a la falta de diálogo y hace, en ocasiones, que el grupo profesional no funcione o que no cumpla todas las finalidades que tendría planteadas.

Partiendo, pues, de este símil de voz y palabra, habría que comenzar afirmando que cualquier grupo precisa de ambas para su desarrollo, es decir, no sólo debe poder hablar, sino que, sobre todo, ha de tener algo que decir.

II. LOS FUNDAMENTOS DE LA SITUACION

Como siempre que intentamos hacer un análisis de cualquier situación dada, cabe hacer en primer lugar un breve recorrido histórico por las situaciones ocurridas en el pasado, que nos han traido el actual presente y nos indican de alguna manera, las señales del futuro.

En España, la profesión de Enfermería no comienza a adquirir tal carácter profesionalizado hasta bien entrado este siglo y se divide con anterioridad en tres grupos laborales, practicantes, matronas y enfermeras que cumplen más bien tareas gremiales.

En estos grupos gremiales no se dan, por lo general, funciones de representatividad y liderazgo. A lo largo de la historia, nos han llegado algunos nombres de practicantes, matronas y enfermeras por su dedicación a una u otra labor, pero fundamentalmente vinculadas a las de sus ilustres empleadores.

No hay que olvidar además que las enfermeras son, hasta bien entrado nuestro siglo, religiosas en su mayoría, que asumen unas convicciones y valores por encima de su propio quehacer laboral como enfermeras y que, por tanto, no precisan ni de representantes ni de líderes.

En definitiva, unos y otros no alcanzan un auténtico *status* de grupo y, por tanto, no se desarrollan estos conceptos dirigentes, que comienza a tener sentido cuando la profesionalización inicia su camino.

Tal situación tiene como consecuencia a lo largo de la más reciente historia, dos cuestiones de cierta importancia:

En primer lugar, las características de la imagen profesional.

En segundo, la posibilidad de una auténtica profesionalización de la Enfermería.

II. (A) LA IMAGEN DE LA ENFERMERA PROFESIONAL

Es este un tema que, si bien a primera vista parece apartarse de los conceptos de representatividad y liderazgo, en mi opinión tiene estrecha relación, ya que de la imagen que ofrecemos a la sociedad, así como la que de nosotros mismos tenemos interiorizada, dependen tanto los representantes elegidos como los líderes que emerjan en cada situación.

Y me he referido a dos tipos de imagen: la que tiene la sociedad de nosotros y la que las propias enfermeras tenemos elaborada acerca de nosotras mismas. Una y otra tienen a veces diferencias y basta acudir a las noticias de periódicos, los programas de televisión, incluso los anuncios comerciales, o bien, analizar las *conversaciones* de los ciudadanos, usuarios o no de los servicios de salud. En general, esta imagen es la de un trabajador al que se considera irregularmente cualificado, muy estimado a veces desde el punto de vista personal pero al que, por lo general, se ve en una posi-

ción subordinada y sin posibilidad de adoptar decisiones acerca de los cuidados que presta. Tal posición se ve reforzada a veces desde algunos documentos de la propia Administración de salud y podemos recordar, por ejemplo, alguna encuesta realizada a pacientes del INSALUD en la que se utilizaba como variable de medida de satisfacción del paciente el conocimiento del nombre y otras circunstancias relativas al médico, sin citar para nada el nombre de la enfermera (1).

Y, ¿qué decir de la imagen que tenemos de nosotros mismos como profesionales? En un documentado estudio realizado por Domínguez Alcón (2) se analizan estas opiniones, concluyendo la autora que existe una tipología en cuanto a la orientación que los propios profesionales consideran la suya.

Domínguez Alcón las agrupa como sigue:

a) La búsqueda de la Enfermería, en la que la convicción centra los cuidados en la persona, incluyendo los actuales conceptos teóricos de Enfermería.
b) La lucha por la eficacia, en la que se encuadran los «ejecutantes de técnicas y órdenes», sin tener demasiado clara su contribución como enfermera, ya que no centran su trabajo fundamentalmente en el paciente-cliente.
c) La enfermería sin enfermos, que agrupa a aquellos profesionales cuyo contacto con los usuarios ha sido mínimo y han perdido, por tanto (o no han alcanzado a tenerlas), las actitudes enfermeras.
d) Innovación y cambio es otra denominación tipológica del grupo de enfermeras que tratan de conseguir una cierta transformación, actuando a veces como grupos de presión.
e) Finalmente, el grupo de las enfermeras con orientación funcional y normativa, a las que mueve principalmente la idea de que «el sistema funcione y se respeten las normas establecidas».

También Alberdi, en un reciente artículo (3), se refiere a los grupos de profesionales de enfermería, denominándolas enfermeras-cuidadoras, enfermeras-tecnológicas, enfermeras-A.T.S.

Las primeras asumen como objetivo de su trabajo la satisfacción de las necesidades del paciente, las tecnológicas centran su actuación en la consecución del diagnóstico y tratamiento más eficaz y las enfermeras-A.T.S. tratan de procurar el mayor rendimiento de la labor médica.

Estas tipologías o taxonomías profesionales, tienen su interés en el contexto del liderazgo y la representatividad, ya que es evidente que influirán en las características de los líderes y representantes que desee el grupo profesional, teniendo en cuenta justamente la imagen que se tenga de uno mismo.

Es decir, existe una relación de dependencia entre la imagen profesional que de nosotras mismas tenemos, con la que tiene la sociedad y por supuesto, con los líderes y representantes que la profesión acepta o elige.

¿De qué emerge la imagen profesional? En mi opinión hay varios factores que condicionan esta imagen:

— La formación que hemos recibido y continuamos recibiendo.
— La composición del grupo profesional.
— La estructura del sistema en que la mayoría de las enfermeras trabajan.

En cuanto a la educación, se ha repetido en incontables ocasiones las lógicas consecuencias de haber sido formadas (y continuar siéndolo, en muchos casos) como auxiliares de otros profesionales, manipuladoras de técnicas cuyo dominio y responsabilidad no nos pertenece totalmente y poseedoras de unos conocimientos que vemos en su inmensa mayoría, vinculados a otra disciplina dominante.

Enseñados, además, en gran número, por otros profesionales a los que, como alumnos, aceptamos tácitamente en posición de liderazgo. Todos sabemos el efecto modelo o espejo que ejercen los profesores en sus estudiantes, y así, si el profesor ofrece una imagen distinta a la que sería la ideal de la profesión que está aprendiendo, es lógico que el alumno adopte como propias algunas de las creencias o valores de su maestro, dentro de las limitaciones que éste mismo le impone.

En segundo lugar, es obligado hacer una reflexión acerca del grupo profesional y su composición, especialmente en lo referido a su distribución en hombres y mujeres. Por los datos que he manejado, la edad media de las enfermeras españolas podemos cifrarla en los 36 años, siendo aproximadamente un 75 % las mujeres que ejercen esta profesión. Mujeres que, en su mayoría, están casadas, siendo por lo general un segundo sueldo el que aportan a la economía familiar, es decir, con un trabajo que su entorno de familia considera como secundario (4). Por motivos que los sociólogos podrían investigar y simplemente como una pincelada más de esta panorámica profesional, cabe señalar que los hombres son más numerosos en la profesión de enfermería en las regiones de menor desarrollo económico, siendo en aquellas de mayor renta per cápita (Navarra, por ejemplo), una minoría absoluta.

Sin embargo, pese a esta distribución de sexos numérica y absoluta, se observa que en algunos puestos de trabajo de mayor retribución económica generalmente priman los hombres sobre las mujeres. Es el caso de los servicios de Radiología o Análisis Clínicos y, más recientemente, en los de Directores de Servicios, desde el nivel de Adjunto hacia arriba.

En tercer lugar, para analizar la imagen profesional, hay que tener en cuenta la estructura del sistema en el que la mayoría de las enfermeras tra-

bajan, es decir, el del sistema público de servicios de salud. Es éste, en nuestro país un sistema centrado en la figura y la actividad del médico, que determina desde los inicios la planificación, la organización y el control de la atención sanitaria y en el que, por supuesto, ejerce la dirección.

La figura subordinada de la enfermera es, en un sistema tal, inevitable, porque no sólo ella, sino el propio paciente, cliente o usuario, ve igualmente subordinadas sus necesidades a las del sistema, es decir, a las del elemento rector, el cuerpo médico.

Así, pues, partimos de una realidad profesional que tiene ciertamente tintes oscuros, aunque también es obligado decir que comienzan a vislumbrarse algunos tayos de sol en el horizonte. Ciertos cambios operados en la Administración de Servicios, así como algunos logros conseguidos en la educación, nos permiten ver el futuro con esperanza. Sin embargo, para que este futuro tenga realidad, será preciso desarrollar los sistemas representativos de la profesión y permitir que emerjan líderes que ayuden al grupo a progresar.

II. (B). LA POSIBILIDAD DE UNA AUTENTICA PROFESIONALIZACION DE LA ENFERMERIA

Parece haber un general consenso acerca del insuficiente nivel de profesionalización que en estos momentos afecta a la Enfermería en España.

Grupo profesional numeroso y básicamente fuerte, es, en sus manifestaciones como profesión, muy poco definido. No se cumplen las características sociológicas de grupo profesional en algunos aspectos fundamentales, tales como el control de la educación, el autogobierno, o el establecimiento de normas y modelos de actuación (5).

Sin líderes y representantes, y en lo posible en actuación conjunta, entiendo que la enfermería española no podrá recorrer el camino hacia la auténtica profesionalización, es decir, continuará reducida a su papel subordinado y tecnificado, sin conseguir autonomía, desarrollo científico, apreciación real de sus servicios, compromiso con la Sociedad, y posibilidad de influir realmente en ella.

III. ACTUALIDAD DE LA REPRESENTATIVIDAD Y EL LIDERAZGO EN LA ENFERMERIA ESPAÑOLA

Al afrontar el análisis de la situación actual en materia de liderazgo y representatividad, parecería que en una primera ojeada se podría afirmar que no existe una auténtica representatividad ni se ha conseguido en estos años disponer de líderes vinculados con el progreso de la profesión.

Sé que estas dos afirmaciones son graves y las hago desde el descontento con la situación y el interés por mejorarla. Por ello, quiero motivar estas ideas que pudiera parecer excesivamente pesimistas.

La representatividad legal está, como todos Vds. saben, confiada a los Colegios Oficiales de A.T.S., regulados por un Real Decreto que data de fecha relativamente reciente, 1978 (6). Pese a esta modernidad de su regulación, mantienen unas estructuras legales de funcionamiento anticuadas que, en principio, llaman la atención por su falta de democracia, especialmente en la importante cuestión de la colegiación obligatoria y en el sistema de elección del Organo Colegial superior, el Consejo General. Tienen confiadas misiones de defensa de la imagen profesional, de lucha contra el intrusismo y de respuesta ante posibles violaciones de la deontología profesional, así como de promoción de cuestiones sociales del colectivo. Curiosamente, aunque se señala que el Consejo General debe cumplir las normas deontológicas de la profesión, no conozco que tales normas existan y sean asumidas por el Consejo ni por el colectivo profesional.

Por lo que yo sé, en la mayoría de los Colegios Provinciales la participación del grupo profesional es ciertamente escasa, con cifras, por ejemplo de asistencia a asambleas o votaciones, realmente muy pequeñas. Se nos puede decir que ésta, la no participación, es una tónica general de la profesión de Enfermería, pero entendemos debe preocupar especialísimamente a una organización que se dice y es, por la discutible obligatoriedad de pertenecer, representante de más de 140.000 personas.

Otra de las cuestiones que podrían plantear dudas acerca de la representatividad de los Colegios es la curiosa circunstancia de que la mayoría de los cargos estén ocupados por hombres, cuando su porcentaje en la profesión es minoritario. No pretendo al destacar este curioso dato hacer un alegato feminista, sino simplemente dejarlo como un motivo de reflexión.

Finalmente destacar también la pertenencia a las Juntas de Gobierno de los Colegios, de profesionales que, en su mayoría, pertenecen a los grupos citados por Domínguez Alcón y Alberdi como los de Enfermería sin enfermos o con orientación funcional y normativa (Domínguez Alcón), o bien tecnológicas y A.T.S., según Alberdi. Aunque podría citar ejemplos, el tema es sobradamente conocido y todos Vds. recordarán los casos en las actuales Juntas de Gobierno de sus Colegios.

Quiero destacar finalmente, en este terreno de los problemas de la representación, la denominación de la profesión que persiste en los Colegios. Estos son de A.T.S. y entiendo que este nombre responde ciertamente al pensamiento de los que lo dirigen. El empleo de las palabras no es nunca banal ni gratuito y el olvido ¿involuntario? que se hace del nombre enfermera/o en declaraciones a periódicos, conversaciones profesionales o en nuevas agrupaciones surgidas del seno del Consejo General o de los Colegios, caso del Sindicato de A.T.S. de España (S.A.T.S.E.), parece su-

gerir que estas organizaciones profesionales prefieren mantener una situación que asegure la continuidad de determinadas figuras profesionales, a las que ellos representan.

En los últimos tiempos, han surgido en el panorama profesional otro tipo de Asociaciones profesionales de variado cariz. Unas agrupan a las enfermeras por su lugar de trabajo y es el caso de las Asociaciones de A.T.S. de Nefrología, Cuidados Intensivos, Cardiología, etc. En ellas, las enfermeras buscan, ante todo, la discusión y el intercambio de experiencias profesionales de su área concreta de trabajo. Tienen, en mi opinión, el peligro de su encuadramiento en un modelo médico, ya que de los colegas médicos toman el nombre y en ocasiones, el lugar y el tema de sus reuniones. Salvado este peligro, así como el de la excesiva tecnificación, este tipo de Asociaciones puede proporcionar una gran vitalidad a la Enfermería al fomentar el estudio y la reflexión acerca del papel enfermero en la atención de salud.

Existe otro tipo de Asociaciones de más amplio espectro, como el de la propia A.E.E.D., que busca a sus miembros entre aquellas enfermeras, cualquiera que sea su área de actuación o de conocimiento experto, que entiendan la educación como una base de desarrollo profesional y estén dispuestos a trabajar en la ampliación de esta base educativa a todos los niveles.

Finalmente, en el panorama asociativo se han presentado en los últimos años Asociaciones de Enfermeras que agrupan a los profesionales de forma voluntaria e independiente por su lugar de vivienda y trabajo. Por sus propuestas organizativas, sus finalidades de participación en la construcción de un sistema de salud mejorado, constituyen de hecho una alternativa a los Colegios que sólo podrá ser real si se consiguen los cambios necesarios en la ley que regula los Colegios Profesionales y, en consecuencia, los Estatutos de la Organización Colegial. Las enfermeras catalanas fueron las primeras en crear la Asociació Catalana d'Infermería, a la que han seguido la Madrileña, la Andaluza, la Gallega, la Vasca.

Dice el antiguo refrán que cada pueblo tiene los gobernantes que merece. ¿Puede aplicarse esto a los enfermeros españoles? ¿Hasta qué punto el sistema que asegura la representación de la profesión es el más adecuado y pertinente a la situación real de la Enfermería española?

En líneas generales, entiendo que los enfermeros españoles mereceríamos una representación que estuviera más cercana de lo que realmente somos y pensamos la mayoría de nosotros. Creo sinceramente también que el actual sistema de representación confiado a los Colegios Profesionales debería ser modificado para que permitiera la auténtica participación de todos, y la real representatividad de las instituciones.

Hechas estas puntualizaciones, entremos en el tema de los líderes en la enfermería de nuestro país. Volviendo al uso del refranero podríamos asegurar que «haberlos, haylos», pero en mi opinión tan poco utilizados, tan

restringidos a pequeños grupos de opinión, negándoseles de tal manera la palabra que, de hecho, no están siendo todo lo eficaces que debieran ser en el apoyo al avance profesional.

Bien es verdad que, en ocasiones, entre posibles líderes y representantes existe una previa disociación en cuanto a lo que se considera «avance profesional», es decir, en qué cifran unos y otros los verdaderos objetivos del desarrollo de la Enfermería. Además, aún asumiendo objetivos comunes, persisten actitudes de miedos, reticencias, desconfianzas ante pérdidas de poder, por parte de los representantes o ante incomprensiones y ataques injustificados, por la de los líderes. Se entra así en lo que yo, a veces, he denominado amargamente «canibalismo profesional» y que es una situación que propicia que los mejores, tanto líderes como representantes, vayan cayendo en la frustración, el desánimo y el abandono.

IV. LAS PERSPECTIVAS FUTURAS. UN PROYECTO DE LIDERAZGO Y REPRESENTATIVIDAD

Hecha esta revisión de la situación actual, así como de algunas de su causas, me gustaría terminar planteando algunas alternativas.

Quiero insistir nuevamente en mi creencia de que la Enfermería española precisa de una voz fuerte que hable palabras sabias. De una voz digna que exprese valientemente palabras de futuro y de desarrollo. De una voz respetada que hable con palabras de respeto y consideración hacia todo el colectivo.

Es decir, precisa de líderes y de representantes, que pueden o no ser las mismas personas, aunque probablemente lo ideal sería que ambas características se dieran conjuntamente, es decir, que apoyáramos colectivamente la aparición de líderes-representativos.

Aquí se me podría plantear la necesidad de definir a tal líder, es decir, de expresar cuáles han de ser las características que tal líder-representativo posea, para llevar adelante el liderazgo de la profesión de enfermería. Definir una figura que ha de ser ideal por la fuerza del deseo y el interés es difícil. Sin embargo, creo que algunos rasgos de carácter o de formación han de estar presentes en un «líder ideal».

Un líder representativo de la Enfermería española debería ser, ante todo, una enfermera o enfermero con trayectoria profesional bien definida en la búsqueda de la Enfermería y centrando su actuación en lo que denominamos cuidados enfermeros. Ha de saberse claramente dónde ha estado profesionalmente a lo largo de su carrera y en qué ha contribuido esta carrera a la progresión de la Enfermería.

Características personales deseables serán las de su capacidad de trabajo, visión de futuro, respeto hacia las opiniones de los demás, capacidad

negociadora, honradez y desinterés. Una cierta dosis de sentido común y de inteligencia práctica deben también estar presentes.

Por supuesto, cabe esperar de un líder representativo que no se sienta vinculado a parcelas estrechas del ejercicio profesional, sino que, más bien busque la coordinación de todos los sectores que deben decir algo en el futuro profesional, demostrando auténtica amplitud de miras y valoración del conjunto de la profesión y de los profesionales.

Líder representativo en fin, que tenga una cierta dosis de idealismo fantasía asentada sobre un sólido conocimiento de la realidad, manteniendo «la cabeza en las nubes, pero los pies en la tierra» (8).

A mi entender y contando con líderes representativos como los que he definido, el proyecto futuro pasa por todas estas condiciones:

— Educación.
— Investigación.
— Unidad, sin uniformidad.
— Cambio de imagen.

En primer lugar, entendiendo a la educación como la base de cualquier cambio, ha de potenciarse este aspecto y tratar de demoler las barreras artificiales que nosotros mismos hemos creado entre los enfermeros docentes y los asistenciales. En ambos campos se precisan representantes y líderes y aunque cada una de estas áreas aunque tiene su especificidad, no se justifica la profunda división existente. La educación ha de ser además un instrumento para la formación de las enfermeras hacia la participación y el liderazgo, fomentando justamente las actitudes positivas de crítica y revisión y dotándoles de sólidos conocimientos científicos profesionales.

La educación, así como la práctica, han de desarrollarse a través de la investigación. Ninguna profesión alcanza un verdadero nivel de competencia, lo que le hace capaz de decidir su camino, sin procurar fundamentar sus conocimientos y su práctica en la investigación. Probablemente, algunos líderes tengan ahí justamente la base de su liderazgo y es probable que la investigación tenga su marco más adecuado en el ámbito universitario. Sin embargo, compete a los representantes apoyar estas líneas de investigación, difundirlas cuando sean verdaderamente eficaces para propiciar que sus representados las utilicen. Por otra parte, los investigadores deben buscar la adecuada relación con la práctica profesional de la que se nutren y a la que deben dirigir, para mejorarla, los resultados de su investigación.

La unidad profesional es otra de las condiciones de un buen funcionamiento profesional en el futuro. En nuestra opinión, tal unidad no ha de significar obligadamente la uniformidad, sino sobre todo la asunción de unos cuantos criterios profesionales básicos, con los que todos nos sintamos representados. En la práctica, tal unidad debería verse refrendada por la constitución de una Federación de Asociaciones de Enfermería, que

agrupara a todas las actualmente existentes en la afirmación y defensa de los criterios básicos profesionales a que me he referido. Es decir, sería preciso la elaboración de un Proyecto Profesional que contemplara las diferencias y las igualdades y que respetara en lo posible la identidad, aunque en ocasiones ésta hubiera de subordinarse al interés general.

Una Federación de Enfermería sería un auténtico portavoz y tendría la capacidad de incorporar en sus expresiones las palabras «enfermeras más cualificadas». Podría no solamente por ley, sino por voluntad de sus asociados, emitir dictámenes, asesorar a la Administración y a sus miembros, mantener elevados niveles de competencia, responsabilidad y autonomía profesional y acreditar, mediante un registro profesional, la profesionalidad de sus componentes.

Finalmente, quizá «se nos dará por añadidura», como dice el Evangelio, el cambio de la imagen profesional. En todo caso, entiendo que la potenciación del liderazgo en la profesión ha de contribuir definitivamente a mejorar la imagen profesional. Los representantes, por su parte, deben ser conscientes de que la imagen profesional mejorada es un logro de toda la profesión y que no se debe circunscribir a la política de «venta de imagen» de algunos de ellos, situación a la que asistimos en los últimos tiempos.

En este sentido, cabría «estudiar los entramados del poder y las influencias para generar una información válida que ayude a la Enfermería a reestructurarse y reorganizarse» (9), utilizando al máximo todos los recursos de representación y liderazgo.

Solamente la búsqueda y la utilización de los más capaces para cada una de las tareas que el futuro profesional nos depara, nos hará una auténtica profesión y podremos, entonces sí, preguntarnos: ¿Quién dirige la Enfermería? Sabiendo que, sea quien sea, lo hará en función de la mejora de la Enfermería y en definitiva, de la sociedad a la que servimos.

BIBLIOGRAFIA

1.— INSALUD: Encuesta sobre la satisfacción de los usuarios. 1985.
2.— D. ALCON, C.: «Los Cuidados y la Profesión Enfermera en España». Pirámide, 1980, págs. 212-214.
3.— ALBERDI, R.: «Sobre las concepciones de la Enfermería». Conferencia el Día Internacional de la Enfermería. Hospital Sta. Cruz y S. Pablo, 12 mayo 87 (sin publicar).
4.— VARIOS AUTORES: «Memoria Curso Nivelación A.T.S.». U.N.E.D. (en prensa).
5.— HALL, C. M.: «¿Quién controla la profesión? Rol de la Asociación Profesional». XV Congreso cuadrienal. C.I.E. México, 1973.
6.— R. D. 1856/78: Estatutos de la Organización Colegial de A.T.S.
7.— MOMPART, M. P.: «El Asociacionismo en la formación de Políticas Sanitarias». 2.° Congreso de Salud Pública y Administración Sanitaria. Mesa Redonda. Madrid, noviembre 1987.
8.— «Administración en Enfermería». Ed. Interamericana.
9.— O.M.S.: «Leadership for Health for All. The Challenge to Nursing». Encuentro internacional sobre Liberazgo en Enfermería para Salud para todos. Tokyo, Japón, abril 1986, pág. 21.

2.ª Ponencia

EL LIDER OFICIAL: LA ADMINISTRADORA DE SERVICIOS

M. Concepción Gómez García
Secretaria de la A.E.E.D.
Directora de Enfermería.
Hospital «Ibiza». Madrid

INTRODUCCION

En los últimos tiempos, cuando las enfermeras nos reunimos y hablamos de la profesión, bien sea de una forma coloquial o en grupos más organizados, como es éste, la mayoría de las veces lo hacemos con dolor, lamentando lo poco que hemos conseguido, lo poco que hemos progresado...

Este desaliento que impera, en nuestros días, no está exento de razón en muchos casos, pero los problemas no se solucionan con lamentaciones, sino con acciones. Sobre todo no tendríamos que dar rienda suelta a la desesperanza, ya que no es totalmente cierto que no hayamos avanzado.

Hemos ido cubriendo etapas, y quiero dejar constancia del camino que, entre todos, hemos ido haciendo y que sólo reflexionando y mirando atrás seremos capaces de ver.

Por esto es bueno hacer un alto y recordar de dónde partimos, sin olvidar nuestro pasado para poder orientar nuestra marcha y avanzar siempre.

Unas veces las circunstancias permitirán ir más de prisa, y otras más despacio: sólo así podremos ir construyendo un futuro más sólido.

Pero, ¿quién tiene más posibilidades de servir de guía, motivar y propiciar un cambio real en la profesión?

Según manifiesta el Director General de la Organización Mundial de la Salud, Dr. Mahler, «Se necesitan líderes formales particularmente para las organizaciones que deben emprender un cambio significativo. No sólo buenos directores o ejecutivos, sino líderes» (1). Y añade que «un líder posee una fuerte voluntad propia y sabe cómo movilizar la volutad de los demás. Un líder proporciona motivación y dirección, atrae a la gente y le inspira a desplegar esfuerzos increibles hacia un acausa común» (1). Estas palabras fueron pronunciadas en Tokio en el año 1986 durante la ceremonia de apertura del encuentro internacional sobre LIDERAZGO EN ENFERMERIA EN SALUD PARA TODOS».

En este sentido, en las VII Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente, la Presidenta de la misma, D.ª María Paz Mompart, propuso un objetivo 2000 para todos nosotros diciendo que, «Para el año 2000 las enfermeras españolas habrán demostrado poseer autonomía, capacidad de decisión y poder influencia» (2). Concretaba las condiciones para obtener este objetivo en la colaboración de:

— Autonomía.
— Liderazgo.

Dentro de este apartado voy a desarrollar el papel de la administradora de servicios de Enfermería, como líder oficial, motivo de esta ponencia.

PRIMERA PARTE

Uno de los principales problemas que, en la década actual, afectan a la Enfermería es principalmente la identificación como tal, y así nuestra preocupación es cada vez mayor por hacer llegar al usuario, a otros profesionales de la salud y a nuestros propios compañeros, los servicios que podemos ofrecer a la sociedad.

Cada uno de nosotros, desde nuestra actividad cotidiana, podemos hacer llegar este sentimiento de cambio que queremos transmitir.

La enfermería administradora, por la actividad que desarrolla, está en una posición clave para ser agente que motive el cambio, pues una de sus funciones, importante y necesaria, es la del liderazgo. Naturalmente este es el concepto que voy a tratar a continuación, comenzando por desarrollar el de:

Administración de los servicios de Enfermería.

Según Alberdi, Caballero, Monpart y Villar, el proceso administativo se define como, «Una actividad sistemática que desarrolla un grupo humano, que emplea una serie de recursos para conseguir un fin eficiente y eficaz y que produce un beneficio social a quien lo ejerce y a quien va dirigido» (3).

Si aplicamos esta definición a nuestro campo de aplicación, veremos qué tenemos a un grupo de personas cuya actividad específica consiste en planificar, organizar, dirigir y evaluar aquéllo que se está haciendo para la mejor atención posible a los pacientes con los recursos que se poseen, con

lo que se produce un beneficio al usuario. A su vez esto deberá hacerse de manera que las personas directamente implicadas en el proceso se sientan satisfechas con el trabajo realizado.

Quién administra los servicios de Enfermería.

Es obvio asegurar que esta empresa es altamente dificultosa, siendo el grupo administrado el más numeroso del hospital. Esto hace necesario establecer una estructura jerárquica organizativa tendiente a facilitar la administración a gran escala. La estructura organizativa viene dada por la planificación prevista. En nuestro país, en la estructura jerárquica se encuentran incluidas las directoras, subdirectoras, adjuntas y supervisoras de Enfermería con funciones, todas ellas, de adminiatración. La esfera de gestión se reducirá a medida que se reduzca el campo de recursos a administrar.

La posición de autoridad que confiere estos puestos permite tomar decisiones que afectan a los demás; es por lo que podemos considerar a las personas que los obstentan como líderes oficiales. Esto unido a una conducta de liderazgo es lo que necesitamos realmente. Esta conducta de liderazgo tiene que ver más con las aptitudes para ejercer influencia dentro del grupo al ser éste el que, con la orientación de pensamiento, lleva a cabo las acciones que pueden imprimir una variación a la profesión, cambio que tiene que ser llevado a la práctica entre dirigentes y dirigidos conjuntamente, pues siguiendo a Kurth Lewis, los grupos tienen personalidad propia constituida por las de sus miembros y las fuerzas colectivas pueden superar los intereses individuales. Confirmó también la importancia del control del grupo sobre el resultado.

Para que se de un auténtico liderazgo tiene que existir una interrelación entre el grupo y el líder. Para conseguir esto hemos de confiar más en nosotros mismos, en nuestras posibilidades, en nuestros compañeros de profesión.

En estos momentos existe una atmósfera de desconfianza mutua. Los que obstentan cargos de responsabilidad se quejan de no ser entendidos por aquellos a quien dirigen. Estos a su vez atribuyen toda su frustración y desencanto a los primeros, culpándolos de las faltas de soluciones a sus problemas.

Estas posturas enfrentadas están conduciendo a una especie de guerra civil dentro de la profesión y, como en cualquier guerra civil todos salimos perjudicados, porque mientras nosotros empleamos nuestras energías en culpar al contrario, siempre hay alguien que sale ganando y no es precisamente la profesión.

Por otra parte, cuando existe esta incomprensión dentro de un colectivo, debemos pensar que todos pueden tener su parte de razón.

SEGUNDA PARTE

Cuando en febrero de 1985 por Orden Ministerial en la nueva reglamentación de estructura, organización y funcionamiento de la Seguridad Social, aparece la figura del Director de Enfermería como máximo responsable de la División de Enfermería, y aún con las lagunas, escasa representatividad de las enfermeras en las comisiones y otros defectos que encontramos en dicha Orden Ministerial, supuso para un grupo importante de profesionales una gran satisfacción por el logro que suponía para la Enfermería.

Las enfermeras ya estábamos al mismo nivel jerárquico que otros estamentos. Y a pesar de las presiones, una vez aprobada la Ley de Sanidad y anulada la Orden Ministerial, citada anteriormente, aparece en abril de este año el Reglamento de estructura, organización y funcionamiento de hospitales gestionados por el INSALUD, con el mismo contenido que la anterior. Respiramos más tranquilos, porque al menos, en esta ocasión no habíamos retrocedido. Bien es verdad que tampoco se habían subsanado ninguno de los defectos detectados en la Orden Ministerial anterio, y que habían sido expuesto, por algunos grupos, a los responsables del Ministerio de Sanidad.

¿Qué hicimos en este espacio de tiempo?

Quizás desaprovechamos la oportunidad de transmitir adecuadamente al colectivo la importancia y el significado que esta meta suponía y por la que nos esforzamos muchos.

El sentimiento generalizado denota que los profesionales, en una gran proporción, entienden las direcciones como un cambio en la denominación de su jefatura, que ahora ha asumido una mayor responsabilidad, sin obtener de ello a nivel individual una mayor ventaja.

Otros, afortunadamente, entendieron el cambio como una autonomía profesional en la que se encontraban implicados.

Con esta situación y desde que el INSALUD máximo empleador, prometió las direcciones de Enfermería, hasta el momento actual, todos aquellos que ocupaban u ocupan estos puestos, como los aspirantes a los mismos, tratamos de prepararnos mejor para desarrollar esta tarea que llamamos gestión.

Se comenzaron a hacer grandes esfuerzos para demostrar una capacidad acorde a las responsabilidades contraidas. Toda vez que desde la Administración se ha dicho reiteradamente que, las enfermeras debíamos demostrar ser valedoras para tal alta misión.

Curiosamente, sólo las enfermeras debemos demostrar nuestra capacidad; parece ser que la valía de otras disciplinas va implícita con el título, por lo que nadie, en principio, se plantea la capacidad de los que lo poseen.

Este reto, en algunos casos, ha hecho olvidar el objetivo diana de una dirección de servicios de Enfermería que ha centrado más sus esfuerzos en la gestión, y con éxito, sin duda, en otros campos del hospital, que aunque inciden en Enfermería, no suponen el eje principal de actuación, y a veces a mantener su posición de líder oficial, no usando adecuadamente la comunicación efectiva, necesaria y oportuna que el caso requiere.

Esto ha sido motivo de frustración para aquellos profesionales con inquietudes por mejorar la asistencia y que tenían puestas sus esperanzas en este cambio. Quizás este cambio se veía como algo mágico que iba a surgir de pronto, de la noche al día, sin tener en cuenta que es un proceso que requiere un tiempo para poder desarrollarse. Pero hasta el momento, al no estar generalmente establecido los canales efectivos de comunicación las enfermeras, no participan de los problemas que, sin duda, tienen hoy las direcciones de Enfermería para la implantación de nuevos modelos y sólo se han sentido víctimas de una reestructuración de plantillas que no saben a dónde pueden conducirles.

Este caldo de cultivo está siendo aprovechado por quienes están interesados en desprestigiar a las direcciones de Enfermería, hasta el punto de considerar que esta figura crea «disfuncionalidad» dentro del hospital, como ha expresado la coordinadora de médicos de hospitales en sus negociaciones con el Ministerio de Sanidad, constando así en las actas.

Esta postura intransigente es, sin duda, el resultado de un temor por perder el poder que ha tenido y a veces sigue teniendo sobre un colectivo que en realidad sólo trata de encontrar su espacio dentro del equipo de salud.

Este es un motivo más para seguir las recomendaciones del Dr. Mahler, y así como hemos tratado de prepararnos para ser buenos directores, hemos de prepararnos también para ser buenos líderes, puesto que ya quedó atrás la idea de que el líder nace y no se hace.

En la actualidad, y como a lo largo de las jornadas, sin duda, se expondrá más profundamente, se trata de adquirir el conocimiento de unas técnicas de motivación que hagan suscitar el interés y la colaboración a través de un sistema de comunicación en el sentido más amplio de la palabra.

De esta manera, en primer lugar, se conseguirá crear un equipo directivo capaz de transmitir los objetivos que pretenda conseguir, valorando los recursos con los que se cuenta.

En este sentido se ha de ser realista y no engañarse a sí mismo para que, estos fines a alcanzar, puedan llevarse a cabo. No debe ser motivo de frustración para los directores si, a veces, no se consigue por causas ajenas a la propia Enfermería. Pero debemos ser reflexivos y que la impaciencia no nos haga ir más de prisa de lo aconsejado, y sin darnos cuenta dejemos atrás al resto de los profesionales sin cuya participación es imposible alcanzarlos.

Para evitar esto, es necesario que mantengamos unos canales fluidos de

información y libres de prejuicios y en función de las necesidades detectadas.

De esta manera, adquirirán confianza en sí mismos y el cambio que se pretenda obtener será menos traumático y más sólido.

En segundo lugar, se ha de buscar la participación de los profesionales. Para ello, es imprescindible la labor de un líder capaz de motivar y despertar la creatividad de cada uno de ellos y, algo importante, respetar la opinión de todos.

Hasta aquí he centrado esta ponencia en exponer la responsabilidad que, como líderes oficiales y ejerciendo este liderazgo de un modo u otro, tenemos las direcciones, con respecto a un cambio que se ha de asumir si queremos que la profesión siga avanzando por el camino de su autogobierno.

Esta tarea no puede ser de unos pocos que han de tirar del resto, en la mayoría de los casos, con más fuerzas de las que en realidad poseen y debiera necesitarse. Es una acción que nos implica a todos y cada uno de nosotros, desde el puesto de trabajo que desempeñemos. Sabemos que esto supone modificar nuestros hábitos de trabajo un gran esfuerzo, pero no podemos soslayar la responsabilidad de nuestra área de compromiso.

Los administradores, en algunos casos, han de asumir su papel de líder oficial, es decir su autoridad sobre el grupo, por encontrarse solos, por la falta de participación de los que dirige que, inmersos en una dinámica rutinaria ven en peligro su estabilidad, si asumen mayor responsabilidad o introducen alguna innovación en el trabajo diario. Sin ver que estamos viviendo un período de evolución muy rápido que no permite el estancamiento de nadie, ya que ésto, sólo supondría un retroceso en las funciones que nos son propias, debiendo asumir otras delegadas por otros profesionales, con lo que llegaríamos a desaparecer como profesión, según dice la Dra. Hall.

CONCLUSION

En definitiva, si las enfermeras no somos capaces de tener nuestros propios líderes, otros asumirán este papel.

La responsabilidad de ejercer, no solamente un correcto liderazgo, sino de potenciar la formación de nuevos líderes es tarea en la que todos los administradores de servicios de Enfermería debemos comprometernos. El buen administrador es el que crea y conserva situaciones que le permitan lograr esto.

Aún cuando la dirección de Enfermería esté implicada en otras áreas que no se refieren estrictamente a la de los cuidados, el paciente no es una de tantas ocupaciones. La División de Enfermería existe por el paciente y todos sus esfuerzos deben dirigirse a la atención del mismo.

Helen Weber, profesora de Enfermería de la Universidad de Indiana, dice: «Si todo lo que sabemos, aún ahora pudiese aplicarse, brindaríamos una calidad de servicios nunca antes lograda» (5).

En gran medida esto será posible si disponemos de líderes capaces de aprovechar este potencial y que hagan sentir a las personas que tienen a su cargo que ellos son los auténticos protagonistas, ya que, como una vez dijo Confuccio: CUANDO LA LABOR DEL MEJOR LIDER TERMINE, LA GENTE DIRA «NOSOTROS LO HICIMOS».

FUENTES BIBLIOGRAFICAS

ALBERDI CASTELL, R. M., et al.: *Administración.* Curso de Nivelación de A.T.S. Universidad Nacional de Educación a Distancia. Madrid, 1983.

DiVICENTI, M.: *Administración de los servicios de Enfermería.* Editorial Limusa. México, 1981.

MAHLER, H.: *Las enfermeras marcan la pauta. «Liderazgo en Enfermería en Salud para Todos. Tokio, 1986 (traducido por A.E.E.D.).*

MOMPART GARCIA, M. P.: La sociedad del 2000. Un reto para la Enfermería. En «La Enfermería para el 2000. Un reto. Unas soluciones». VII Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente. Ed. A.E.E.D., marzo 1987.

ORDEN MINISTERIAL 3.573 sobre Reglamento de Estructura, Organización y Funcionamiento de Hospitales del Instituto Nacional de la Salud. B.O.E. n.° 55, 28 de febrero de 1985.

REAL DECRETO 521/1987 sobre *Reglamento de Estructura, Organización y Funcionamiento de Hospitales del Instituto de la Salud.* B.O.E. n.° 91, 16 abril de 1987.

3.ª Ponencia

ENFERMERIA DE LA COMUNIDAD Y LIDERAZGO EN SALUD

Carmen de la Cuesta Benjumea
Asesora Técnica de Enfermería.
Subdirección General
de Gestión de Atención
Primaria - INSALUD

I — INTRODUCCION

Una de las cosas que ha caracterizado a muchas jornadas, congresos y reuniones profesionales de Enfermería en los últimos años, ha sido el que se plantearan ideas innovadoras y retos para que se analizaran, debatieran o dieran respuesta. La AEED en sus sesiones de trabajo anuales no ha sido ajena a esta corriente. El tema de este año, en mi opinión, ha sabido recoger una preocupación de muchos profesionales por clarificar lo que implica el liderazgo en Enfermería; algo que algunos lo pueden ver como «lucha por el poder», pero que realmente significa **motor** para producir cambios necesarios.

Estos dos aspectos centrales: el que aquí se susciten ideas nuevas y la necesidad de que se produzcan cambios en la atención de salud, ha sido lo que ha estado presente en mi ánimo a la hora de abordar el tema de Enfermería de la Comunidad y Liderazgo en Salud.

Como a alguno de vosotros, este tema me ha planteado muchas preguntas. Esta exposición no pretende dar respuesta a todas ellas, ni abordar el tema de forma exhaustiva, sino que pretende explorar una serie de elementos que nos hagan reflexionar y debatir. Para ello voy a tratar de introducir los aspectos que he considerado más importantes, éstos son: por qué es necesario el liderazgo en salud de la comunidad, cómo se ejercita este liderazgo, quién lo ejerce y hacia dónde se ha de dirigir. No obstante, primero haré un breve análisis del contexto en el que nos encontramos.

II — EL CONTEXTO ACTUAL

Es indudable que vivimos, desde hace algunos años, un momento de cambios y propuesta de cambios importantes en lo que se refiere a la atención de salud y al ejercicio profesional. A nivel internacional se espera que dentro de 13 años se mejore significativamente la salud de todos; para ello en Europa se han acordado 38 objetivos.

Estos tienen seis ejes (1) básicos que implican transformaciones profundas en el sector de la salud; los ejes son:

1. Equidad. Se aspira a reducir las desigualdades en el acceso a la salud entre países y dentro de cada país.
2. El énfasis en la prevención de las enfermedades y en la promoción de la salud.
3. La necesidad de que la población participe, ya que la salud se ha de alcanzar por los propios individuos.
4. Tiene que darse una cooperación entre los distintos sectores que inciden en la salud.
5. La Atención Primaria ha de ser la base del sistema de salud. Se ha de poner énfasis en el desarrollo de este nivel de atención.
6. Se requiere de una ccoperación internacional.

OBJETIVOS REGIONALES DE SALUD PARA TODOS: 6 ejes.

1. EQUIDAD.
2. PREVENCION Y PROMOCIONES DE LA SALUD.
3. PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD.
4. COOPERACION MULTISECTORIAL.
5. ATENCION PRIMARIA.
6. COOPERACION INTERNACIONAL.

(OMS - EURO)

Figura 1.

De estos temas, ya podemos ver algunos de los cambios que se han de dar en la concepción tradicional que teníamos sobre salud y servicios sanitarios; estos seis ejes implican:

— Que la salud va más allá del territorio local o nacional y no puede ser sólo para algunos grupos de la sociedad. Por tanto, se requiere un esfuerzo de cooperación y solidaridad.
— Que los actores de la salud no son sólo los profesionales sanitarios, sino que también lo es la gente y para ello es necesario que se la

motive e informe. Es más, el protagonismo ha de pasar de estar en los profesionales a estarlo en los usuarios.
— Que el sector de salud o sanidad sólo puede resolver una parte de los problemas, que hay otros sectores como industria, agricultura, trabajo, que también inciden en la salud de las personas.
— Que el sistema de salud centrado en la curación y el hospital no es suficiente, y hay que establecer como base del sistema a la Atención Primaria y así acercar los servicios a la población.

Dentro de este contexto se ha identificado (2) a la Enfermería como una pieza sin la cual no se podrán lograr los 38 objetivos, se ha demostrado con experiencias prácticas la contribución que puede hacer y se ha hecho un llamamiento a que una su voluntad en favor de la meta Salud para Todos (3). Pero para que la Enfermería contribuya de forma efectiva a la consecución de estos objetivos, se ha apuntado la necesidad (4) de que ésta amplíe y revise su papel. El papel de la Enfermería se ha de ampliar a fin de que participe en la promoción de estilos de vida y de un ambiente saludable; y se ha de revisar para así participar activamente y promover la Atención Primaria, específicamente para trabajar en este campo como compañera y no subordinada y con la comunidad.

A nivel de nuestro país, y siendo en parte reflejo de este movimiento, nos encontramos en un proceso de reforma del sistema de Atención Primaria que nos exije apartarnos de viejos esquemas para incorporar otros que estén más acordes con las necesidades de la población y hagan posible la consecución de la meta «Salud para Todos». A grandes rasgos, la reforma de la Atención Primaria significa que hemos de pasar de un modelo tradicional de atención a lo que se denomina el nuevo modelo. En el modelo tradicional, la atención que se ha venido prestando se ha caracterizado por ser:

1. Parcial: estaba centrada en la resolución o curación de problemas físicos.
2. Puntual: se realizaba como respuesta a un problema que se presentaba en un momento dado.
3. Individualista: la atención la daba un profesional, el médico, sin apenas relación con otros profesionales.
4. Pasiva: para actuar se esperaba a que se produjesen las situaciones o problemas de salud.
5. Marginaba al usuario: éste no participaba en el proceso de su atención.
6. Poco coordinada: la atención que se prestaba se relacionaba muy poco con el nivel secundario, y no se relacionaba con otros sectores que incidían en la salud.

ATENCION PRIMARIA

RASGOS MAS RELEVANTES

Modelo Tradicional	Nuevo Modelo
1. PARCIAL.	1. INTEGRAL.
2. PUNTUAL.	2. CONTINUADA.
3. INDIVIDUALISTA.	3. EQUIPO.
4. PASIVA.	4. ACTIVA.
5. MARGINA AL USUARIO.	5. INTEGRA AL USUARIO.
6. POCA COORDINACION.	6. COORDINADA.

C. DE LA CUESTA (1986)

Figura 2.

En cambio, el nuevo modelo propone como rasgos más característicos el que se brinde una atención integral, continuada, en equipo, activa, que integre al usuario y que se coordina con otros sectores y con el nivel secundario.

Dentro del modelo tradicional de Atención Primaria, la Enfermería ha estado infrautilizada, se ha venido configurando como un personal netamente auxiliar del médico, hasta el extremo de concebírsele por el sistema como el recurso que tenía una profesión, la médica, y no como el recurso de la población; el planteamiento del nuevo modelo obliga a que se reenfoque este papel tradicional, indica que hay que avanzar hacia una Enfermería más participativa en la atención a la salud, una Enfermería que se transforme en el recurso que tiene la población para que le brinde sus conocimientos y experiencia, y así pueda afrontar mejor la enfermedad, proteger su salud y aumentarla.

III — LA NECESIDAD DEL LIDERAZGO

No podemos negar la necesidad de que se den estos cambios en la atención de salud para poder ser más eficaces, pues si no, por ejemplo, ¿cómo abordar el problema del SIDA si no es con un enfoque multisectorial? ¿Cómo resolver el problema de la tuberculosis y el bocio en Galicia sin el desarrollo de la Atención Primaria? ¿Cómo evitar que se siga produciendo

en algunas zonas de España brotes de zoonosis sin la participación de la comunidad?

Es precisamente en momento de cambio en el que nos encontramos, el que justifica y hace necesario que se de un liderazgo, que se muevan las voluntades para pasar del modelo centrado en la enfermedad al modelo centrado en la salud, de una Enfermería comunitaria pasiva y medicalizada a ser activa y promotora de la salud de la comunidad. El liderazgo en salud es necesario para mantener la dirección de este movimiento, para que las ideas se conviertan en realidades.

Todos podemos observar, lo que el Director General de la O.M.S. (5) expresó cuando dijo que aún hay vacíos entre las intenciones que se expresan y la realidad en la que nos encontramos. Sentimos que el año 2000 está cerca y que aún se producen desigualdades en salud entre grupos y zonas de nuestro país, que enfermedades o problemas de salud aún siguen ahí, sin solucionar y están apareciendo nuevos; que la implantación del nuevo modelo de Atención Primaria está teniendo más dificultades de las que se esperaban, y los recursos económicos que se dedican a este nivel son limitados y por tanto está afectando su grado de desarrollo. Respecto a Enfermería, aún podemos ver, que si bien se hace un reconocimiento público cada vez más notorio del papel que ha de jugar y se están dando experiencias prácticas que lo demuestran, nos enfrentamos también a dificultades serias para poder seguir realizándolo. Aquí también se produce desigualdad, hay lugares y centros que han podido avanzar en el modelo de Enfermería de la comunidad, mientras que en otros aún se viven modos, actitudes y formas de enfocar el ejercicio profesional que corresponden al pasado.

Por otro lado, aún se oye entre algunos profesionales de la salud preguntas tales como: ¿tiene la Enfermería de Atención Primaria que dejar de hacer recetas?, ¿está la comunidad preparada para participar?, ¿no es un lujo eso de la prevención y el fomento de la salud? O también, vemos a compañeros que aún no sienten la necesidad de cambiar su papel tradicional, que consideran que el movimiento de salud para todos y la promoción del nuevo modelo sanitario, le es ajeno. Además, hemos podido observar y comprobar que hay algunos sectores de la comunidad que no sienten la necesidad de participar en los temas de salud, que no está informada, que acuden a los centros sanitarios en busca de recetas o que sólo demandan la construcción de hospitales. En este sentido, queda fuera de duda que la idea del nuevo modelo de atención aún no ha penetrado en estos sectores de la comunidad y en esto los profesionales tenemos un papel importante que desarrollar. También se da la circunstancia de que hay sectores de la comunidad que están organizados, dispuestos e informados para participar pero que, o bien el sector de servicios de salud aún no los tiene en cuenta, o bien aún no se les ha facilitado las vías para poder hacerlo.

Para resumir, creo que hay tres razones que hacen necesario un liderazgo en salud:

1. Para hacer que las intenciones de política sanitaria se conviertan en realidades.
2. Para mover la voluntad de los profesionales, concretamente de la Enfermería a que cambie y amplíe su papel.
3. Para que el modelo nuevo de atención a la salud penetre a nivel local, llegue a la comunidad y ésta así participe en su desarrollo.

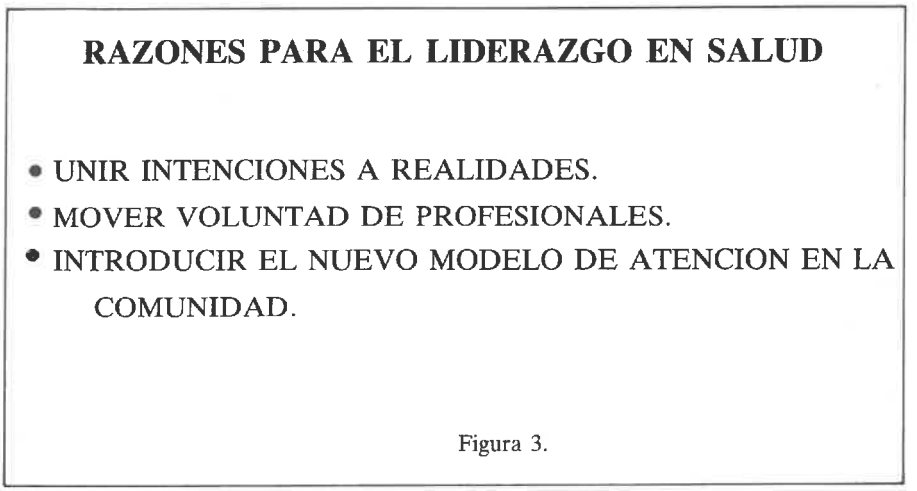


Figura 3.

El liderazgo en salud es algo que no requiere de leyes, normas, recursos económicos o materiales; requiere que sintamos la necesidad de que se produzcan cambios, que es necesario dar un impulso, requiere asimismo dosis grandes de ilusión y motivación, voluntad y compromiso. Como punto de partida, creo que es necesario ser consciente de una realidad y poder ver cómo el ejercicio del liderazgo ayuda a transformarla.

En este sentido, quiero brevemente comentar una experiencia que estamos viviendo en la Subdirección General de Atención Primaria. A mediados del año 84 se aprueba el proyecto de Reforma de Enfermería integrado en el proyecto general de Reforma de la Atención Primaria; la base de este proyecto es desarrollar servicios de Enfermería a la población, su concreción es la puesta en marcha de actividades de Atención Directa de Enfermería. El punto álgido del proyecto se da en el año 86, cuando se considera por la Subdirección que la Atención Directa es una medida de mejora de las Instituciones Sanitarias Abiertas (II.AA) y, por tanto, se marca como objetivo el introducirla en el 25 % de las mismas en todas las provincias. Se identifican dos actividades de Atención Directa: la consulta

de Enfermería y la educación para la salud a grupos. El objetivo de ellas es el de ir ampliando el papel del personal de Enfermería a los campos de la prevención y el fomento de la salud.

En aquella época, no contábamos con recursos económicos, materiales o humanos que se pudieran dedicar de forma especial a este proyecto; pero sí que contábamos con una red de Asesoras de Enfermería en unas 30 provincias y sabíamos que había enfermeras, a nivel operativo, que estarían dispuestas a asumir estas actividades, que había un potencial latente.

A un año y medio de puesto en marcha de este proyecto, tenemos que en todas las provincias gestionadas por el INSALUD se realizan actividades de Atención Directa en las II.AA. En la figura 4 se observa el grado de implantación del proyecto. En la actualidad hay 316 consultas de Enfermería y la educación para la salud se realiza en 20 provincias. En las figuras 5 y 6 se ve cómo estas actividades han ido evolucionando en el tiempo. Además, hay 195 unidades de psicoprofilaxis obstétrica que están llevadas por matronas.

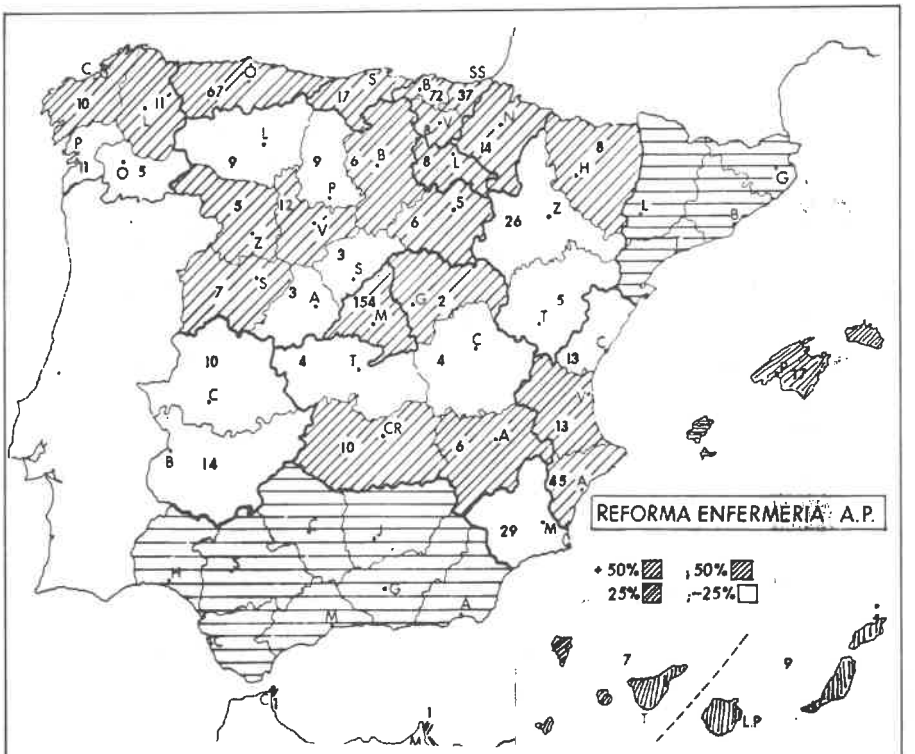


Figura 4. S. G. de Gestión de A. P. INSALUD Asesoría de Enfermería (septiembre 1987)

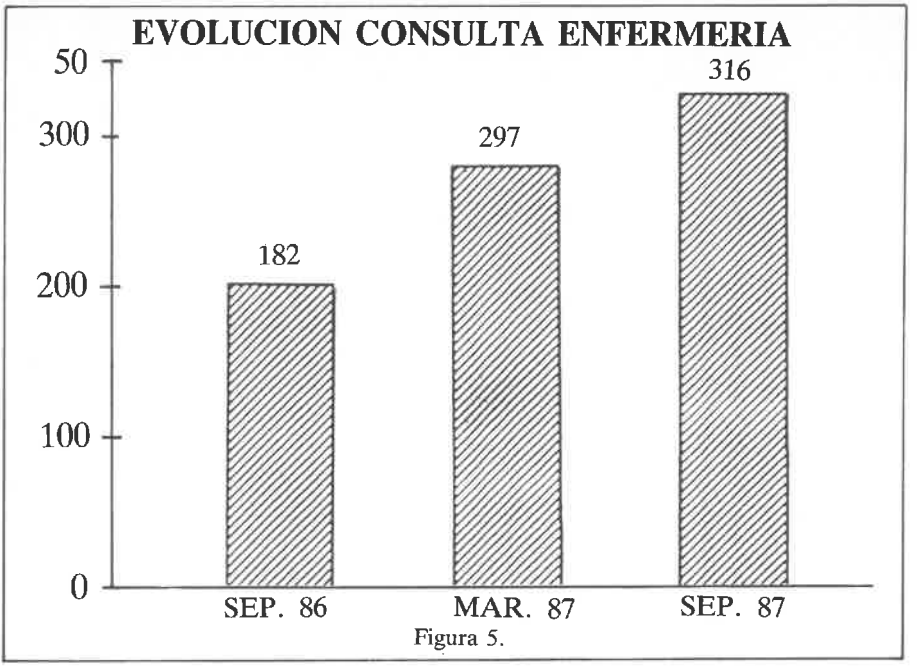


Figura 5.

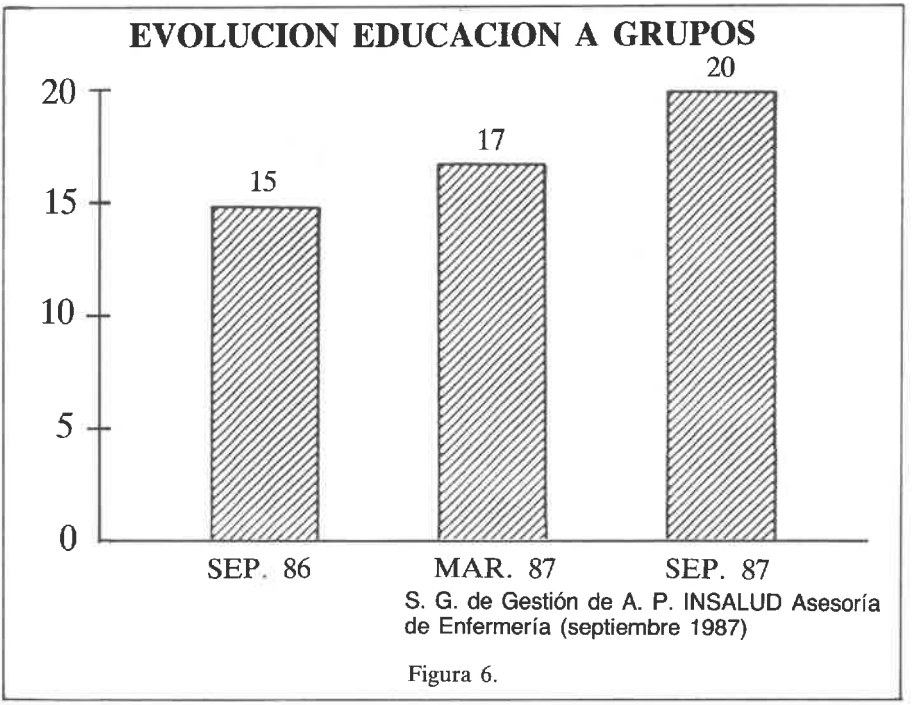


Figura 6.

A lo largo de este período de tiempo, se han conseguido desde el nivel central y provincial, recursos bien económicos, materiales o de formación para que apoyen el proyecto. En nuestra opinión, uno de los factores claves para que se hayan obtenido estos resultados ha sido el papel de apoyo y motor que han jugado las Asesorías de Enfermería en las Direcciones Provinciales. Han contribuido a que se pasase de las palabras a la acción, han sabido motivar y convencer a las enfermeras en los ambulatorios; en mi opinión, han ejercido como auténticos líderes y han hecho que en un medio muy difícil, como es el ambulatorio y consultorio, se iniciase un cambio en el papel de la Enfermería. Hemos comprobado que las normas y la formalización no produce cambios, sino que los apoya, que es la gente, los profesionales con su capacidad de liderazgo y esfuerzo, lo que ha hecho que se innovase y desarrollase el ejercicio profesional en las II.AA. Se supo utilizar el liderazgo, junto a otros recursos, como instrumento para promover cambios necesarios. Esta experiencia también ha demostrado que para ser líder no se requiere precisamente tener conferida una autoridad especial de jefe o director.

IV — CARACTERISTICAS Y ACTORES DEL LIDERAZGO EN SALUD

El liderazgo para la salud se ha de ejercer desde distintos niveles (6): el nacional, el intermedio y el de la comunidad y éstos han de estar coordinados y seguir los mismos objetivos. A nivel de comunidad tiene la peculiaridad de que no está estructurado ni recae siempre en la misma persona; los problemas y necesidades que se planteen nos irán determinando la persona más adecuada para asumir en un momento dado el liderazgo.

Hay dos cuestiones centrales que los líderes han de abordar; éstas son: la motivación y el logro de los objetivos; para ésto se requiere que el líder de la salud esté «sintonizado» con la realidad social, que conozca cuáles son los objetivos y aspiraciones de la población en materia de salud, que comprenda su cultura sanitaria, conozca sus recursos y sepa movilizarlos. Ha de poder comunicarse de forma efectiva con la gente, trabajar estrechamente con ella, poder identificarse con sus problemas y necesidades. En este sentido, los profesionales que trabajan en la comunidad (7) han de comprender la percepción que tienen las personas sobre sus necesidades de salud, el nivel de interés que tienen en reducir los riesgos o cambiar en los estilos de vida y cuáles son sus prioridades; a partir de aquí, se han de aplicar las habilidades de liderazgo para ayudarles a que consigan unos mejores niveles de salud, y esto, a veces, pasa por ayudarles a que comprendan y asuman sus propias necesidades.

La experiencia (8) ha demostrado que muchos programas de salud bien preparados han fracasado por la indiferencia de la comunidad hacia ellos,

debido a que sus promotores eran ajenos a la realidad social y cultural de esa comunidad... En el liderazgo para la salud no se puede actuar desde fuera, hay que hacerlo desde dentro. Por otro lado, el líder ha de tener la confianza y el respeto de las personas a las que lidera, ha de obtener credibilidad; en mi opinión, en esto reside su fuerza y poder. Sí, el liderazgo es una forma especial de poder, pero éste, como apunté, es en el sentido de la habilidad para movilizar recursos, conseguir que se logren objetivos, generar ideas que motiven e ilusionen; en suma, ser motor para producir cambios necesarios.

Naisbitt (9) ha indicado que «el nuevo líder es un facilitador, no uno que da órdenes»; creo que en esta palabra, facilitar, está la esencia del liderazgo en salud. Se ha de facilitar el que la gente siente la necesidad de luchar por una mejora de su salud, que quiera hacerlo y tenga los instrumentos o vías para poder hacerlo. Este papel de facilitador, significa que el líder a veces asesosará, otras sugerirá, persuadirá, coordinará o aglutinará los propios recursos de la comunidad.

Hay otro aspecto del liderazgo en salud que es necesario apuntar, éste es que ha de producir un efecto multiplicador, liderazgo implica también descubrir a los líderes potenciales, movilizar a los líderes naturales de la comunidad, apoyar y desarrollar las aptitudes de otros para el liderazgo, en suma: facilitar el que otros lo ejerzan.

Para resumir, en mi opinión, las características a resaltar del liderazgo en salud a nivel comunitario son (figura 7):

1. Estar cerca de la comunidad, en relación estrecha con ella.
2. Comprender y respetar el contexto social y cultural.
3. Facilitar.

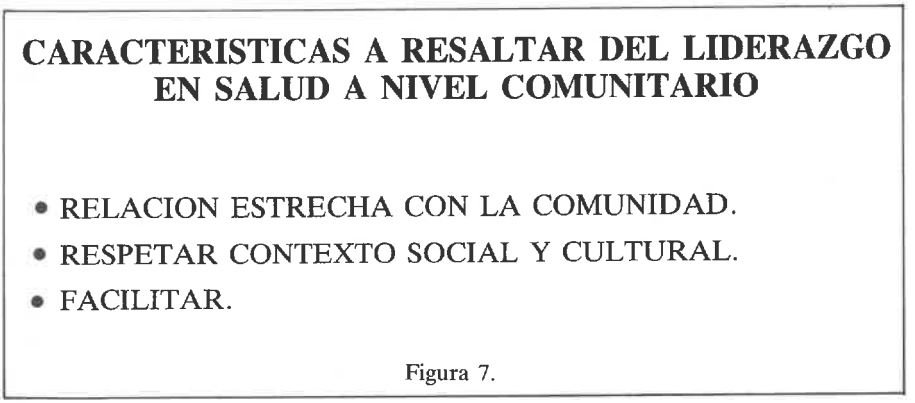


Figura 7.

De una forma analítica, podemos decir que hay tres tipos de actores del liderazgo en salud a nivel comunitario:

a) Profesionales de equipos de salud o que trabajen en centros sanitarios.
b) Profesionales que integren sectores relacionados con la salud de la población, como por ejemplo, maestros.
c) Los miembros de la comunidad, esto es, los líderes naturales, ya están integrados en organizaciones o pertenezcan a determinados grupos.

De todos éstos, la Enfermería de la comunidad por sus características está en una posición de asumir en muchas ocasiones el papel de líder. La enfermera de la comunidad por ser una trabajadora de primera línea, está en contacto diario con la gente en su medio natural, esto es, donde vive o trabaja, obtiene una visión amplia de los problemas y necesidades de salud de la población, está cerca de ella de forma regular y continua. La experiencia y los estudios de investigación (10) han demostrado que los usuarios sienten más confianza con la enfermera que con otro trabajador de la salud a la hora de plantear sus problemas, la ven más accesible, empática, y consideran que se comunica mejor con ellos, tiene un lenguaje que pueden comprender y que transmite interés por su bienestar. Además, por su contacto diario con la gente en el medio natural, ven las carencias que se dan en el sistema, en la prestación de servicios básicos y esto la sitúa en una posición de poder movilizar recursos y promover la acción social. La enfermera de la comunidad también se «infiltra» o penetra en las instituciones o sectores que afectan a la salud de las personas, le está permitido «cruzar territorios», está aceptado que sirva de enlace, que ponga en relación a personas y promueva la cooperación. Se la ha considerado (11) como el lazo más fuerte entre el público y la atención a la salud, de estar en posición de hacer llegar los sentimientos de las personas a otras instancias, de prestarles apoyo y credibilidad, de ser, en suma, un canal de comunicación entre la comunidad y los distintos sectores o servicios que inciden en su salud.

La cercanía y el contacto continuo de la enfermera con las personas, su capacidad para comunicarse y los conocimientos que tienen en el cuidado de la salud, hacen que cara a los usuarios tenga credibilidad. En relación con esto en Méjico (12) se dio un hecho que habla por sí solo: una enfermera fue elegida por las prostitutas para que representara sus intereses en la Cámara de Diputados cuando fue discutida la ley sobre prostitución. Es claro que esta enfermera se ganó la confianza y credibilidad de estas personas.

Para resumir, la Enfermería de la comunidad puede asumir el liderazgo en salud, pues sus características la hacen que (figura 8):

1. Se integre en el contexto social.
2. Tenga la capacidad de comunicarse con los usuarios y sirva de canal de comunicación entre éstos y otros sectores.

3. Vea las deficiencias en los servicios y pueda movilizar recursos.
4. Sirva de enlace entre instituciones y sectores; cruce territorios.
5. Tenga credibilidad.

LA ENFERMERIA DE LA COMUNIDAD PUEDE ASUMIR EL LIDERAZGO EN SALUD PORQUE SUS CARACTERISTICAS HACEN QUE:

- SE INTEGRE EN EL CONTEXTO SOCIAL.
- SE COMUNIQUE DE FORMA EFECTIVA Y SIRVA DE CANAL DE COMUNICACION.
- PUEDA MOVILIZAR RECURSOS.
- SIRVA DE ENLACE Y TENGA CREDIBILIDAD.

Figura 8.

No obstante, para ejercer un liderazgo en salud, de acuerdo con lo expuesto en la Conferencia de Tokio (13), se requiere que las enfermeras tengan una percepción clara del objetivo hacia donde se han de dirigir los esfuerzos, demuestren compromiso y determinación para lograrlo, seleccionen las acciones apropiadas para su consecución, e inspiren un nivel de confianza que promueva la motivación en otros, para lograr este objetivo. Es decir, que sientan la necesidad de producir un cambio y asuman el papel de líderes en salud.

A esto se deberá de sumar un aspecto que va unido al punto de inspirar confianza y credibilidad. Esto es, la Enfermería de la comunidad ha de estar en continua búsqueda de mejorar las formas de prestar servicios, ha de investigar. En la bibliografía profesional ya se encuentran estudios que plantean mejoras en la prestación de servicios de Enfermería de la comunidad. Por ejemplo, se han desarrollado (14) modelos para educar a los padres sobre los cuidados de los niños de uno y dos años, se ha propuesto (15) un modelo conceptual que mejore la atención de Enfermería en los domicilios, y se ha estudiado (16) las necesidades que perciben los familiares de enfermos con cáncer, sugiriendo los resultados, la necesidad de utilizar enfoques nuevos para lograr una atención centrada en la familia.

Finalmente, es necesario indicar que para que la Enfermería de la comunidad asuma un liderazgo en salud se requiere por lo menos que:

a) Tenga una organización que la sitúe cerca de las personas. La organización que permite esto es la de adjudicar a cada enfermera un número de familias o grupos que vivan en una zona geográfica determinada.
b) Amplíe su marco de referencia a la hora de prestar servicios, que comprenda cómo el medio y los estilos de vida inciden en la salud de la población, que conozca la capacidad que tienen las personas de autocuidarse y la apoye, que entienda que a veces la solución de los problemas o los recursos se encuentran en la propia población, familia o individuos.
c) Que cambie la concepción tradicional que se tiene de su papel. Que se sitúe cerca de un modelo de atención que esté orientado hacia la prevención y la promoción de la salud.

Es por tanto obvio, que para que a nivel de la comunidad se de un liderazgo en salud y la Enfermería de nivel operativo participe en él, también se requiere que en otras instancias, en los otros niveles que antes indicábamos, se persigan los mismos objetivos, esto es, que la reforma de la Atención Primaria, el desarrollo del nuevo papel de la Enfermería y, en suma, el logro de Salud para Todos, sean las metas que todos persigamos.

V — DIRECCION DEL LIDERAZGO EN SALUD

Al principio de esta exposición, se indicaban algunos de los cambios y propuestas de cambio que se plantean para lograr el objetivo de salud para todos; en líneas generales ésta ha de ser la dirección del liderazgo; que se contribuya a establecer un sistema que refleje el nuevo concepto de salud y de atención a la salud. Como eje central, que ha de permear todas nuestras acciones, ha de estar el que la comunidad desarrolle su propio potencial para lograr los cambios; el liderazgo ha de ser un instrumento para que la propia gente sea más confiada y segura, para promover su autodeterminación en el logro de su propia salud. Esto significa que, a veces, hemos de poner las opciones ante las propias personas y darles la información necesaria para que elijan, otras veces será que les sensibilicemos y hagamos ver cuáles son sus necesidades o problemas, y otras veces será que trabajemos con ellos para que puedan ejercer su propio liderazgo. Es claro que el centro de nuestras actuaciones ha de ser el **logro de la salud por la propia comunidad.**

Los que trabajamos en el sector de salud, por la información y los conocimientos que tenemos, además del compromiso por mejorarla, hemos, en muchas ocasiones, que tomar la iniciativa, asumir el liderazgo en salud pero sin perder de vista que al final ha de ser un logro de las propias personas; si no es así, podemos, intencionadamente, fomentar la pasividad y la

alienación, podemos caer en modelos paternalistas que irían en contra de la esencia de los cambios que hemos indicado. Estamos en la posición ideal de llevar los 38 objetivos regionales a nivel de la comunidad, de facilitar el que los conozca, intérprete según sus necesidades locales y trabaje por lograrlos. ¿Seremos capaces de inspirar y asumir este tipo de liderazgo?

Los profesionales de Enfermería a través de estas sesiones de trabajo, la realización de Foros Nacionales y el trabajo cotidiano que realizan en la Atención Primaria, han comenzado a iniciar este camino, ahora tenemos que ser capaces de llegar a otros.

Hein y Nicholson (17) han apuntado que: «la vitalidad de una profesión, su fuerza vital, proviene de las ideas; ideas que atrapen el pensamiento e imaginación de sus miembros, quienes vivan y luchen por ellas hasta que no sean por más tiempo ideas: sean realidades».

Espero haber contribuido a estimular en vosotros ideas que entre todos sepamos hacer realidad, pues los cambios que se proponen son muy necesarios.

REFERENCIAS

1— Organización Mundial de la Salud - Oficina Regional Europea: «Los objetivos de la salud para todos». Ministerio de Sanidad y Consumo. 1986.
2— Peter O'Neil: «Salud para todos en el año 2000: Una meta inalcanzable sin la Enfermería» en el Libro de «I Jornadas Nacionales de Enfermería». Instituto Nacional de la Salud. 1987.
3— Organización Mundial de la Salud - Oficina Regional Europea Unidad de Enfermería: «Objetivos de salud para todos: Implicaciones para Enfermería/Matronas». 1986.
5— H. Mahler: ¿Por qué el liderazgo en salud para todos? Discurso de apertura del Encuentro Internacional: «Liderazgo en Enfermería en salud para todos». Tokio. 7 abril 1986.
6— Informe de la Conferencia «Liderazgo en Enfermería en Salud para todos: Un reto y una estrategia para la acción». Tokio, Japón. 7 abril 1986. OMS. 1987.
7— S. Marshaal Burnett: «Preparing leaders for PHC». Conferencia pendiente de publicación en Congreso «Clinical judgement and decision making: The future with nursing diagnosis». Calgary, Canadá. Mayo 1987.
8— S. Marshaal Burnett: *Op. cit.*
9— Naisbitt, L.: «Megatrends» - New York. Warner Books. 1984.
10— S. P. Mangen y J. H. Griffith: «Patient satisfaction with Community Psychiatric Nursing: A prospective controlled study». Journal of Advenced Nursing. Volumen 7. Número 5. Septiembre 1982.
11— Informe de la Conferencia «Liderazgo en Enfermería en salud para todos». *Op. cit.*
12— M.ª Matilde Martínez Benítez et al. «Sociología de una profesión, el caso de Enfermería». Nuevomar. México, 1985.
13— Informe de la Conferencia «Liderazgo en Enfermería en salud para todos». *Op. cit.*
14— S. Lauri: «The Public Healt Nurse as a guide in infant child care and education». Journal of Advanced Nursing. Volumen 6. Número 4. Julio 1981.

15— E. M. Coombs: «A conceptual framework for home nursing». Journal of Advanced Nursing. Volumen 9. Número 2. Marzo 1984.
16— C. Hinds: «The needs of families who care for patients with cancer at home: Are we Meeting them? Journal of Advanced Nursing. Volumen 10. Número 6. Noviembre 1985.
17— Hein, E. C. y Nicholson, M. J.: «Contemporary leaderhip behaviour: Selected readings». Little Brown. 1983.

4.ª Ponencia

EDUCACION PARA EL LIDERAZGO

Magdalena Santotomás Pérez
Vocal de la A.E.E.D.
Prof. Titular de la E.U.E.
Universidad de Valladolid

I. INTRODUCCION

El fenómeno del liderazgo ha sido estudiado amplia y profundamente por los sociólogos, enfocando parte de estos estudios hacia las características y conducta del líder en sí mismo.

Desde luego esto parece lo más lógico para comenzar a investigar los factores que afectan el éxito del liderazgo, siendo así que durante años el enfoque del gran hombre, el enfoque de los rasgos y el enfoque conductual se han desarrollado como formas de estudiar al líder.

Sin embargo, en épocas recientes los investigadores han mostrado su interés en el grupo y otras influencias organizacionales que afectan al líder y a su éxito.

II. ASPECTOS GENERALES DE LIDERAZGO

Autoridad y poder

Para comenzar a hablar de educación para el liderazgo me gustaría establecer en primer lugar una diferencia entre Autoridad y Poder.

* *Poder* es la capacidad que posee un individuo para influir en la conducta de otro, o como dice Max Weber: «Poder significa toda probabilidad de imponer la propia voluntad dentro de una relación social, incluso contra la resistencia e independientemente de la base en que esa probabilidad se apoya».

A consecuencia del Poder del dirigente se ven mermadas las atribuciones del dirigente, es decir, el Poder del dirigente supone una pérdida de la libertad del dirigido, por lo que los dirigidos han de renunciar voluntariamente o forzosamente a una parte de su libertad de decisión y a una parte de su libertad de acción y comportamiento.

* Para poder definir la *autoridad,* es necesario partir de las *fuentes de poder.* estas son muy numerosas y entre ellas podríamos citar:

a.—Recursos económicos: Materiales (Dinero).
Información (Poder).

b.—Recursos de fuerza física: O poder que procede de la prepotencia o del uso de armas.

c.—Legitimación: O poder que procede de una herencia (Monarquía) o de elecciones democráticas.

A veces nos encontramos con personas cuyo poder proviene de *algo intrínseco* a sí misma: cualidades, conocimientos, experiencias, simpatía, etc., pues bien, a esta forma de poder la llamamos *autoridad.*

Así, pues, Autoridad es una forma peculiar de poder cuya fuente radica en la misma persona, pero en relación con el grupo, y es en función de este criterio que hablamos de *liderazgo.*

Pero el líder, ¿NACE O DE HACE? Si la respuesta es «El líder nace, no se hace» y muchas personas defienden esta teoría, sería inútil investigar los factores que afectan al éxito del liderazgo. En este supuesto, no podríamos adiestrar para el liderazgo porque *las actividades, conocimientos y habilidades* que caracterizan al líder son casi innatas; según este criterio, la naturaleza nos otorgará a su debido tiempo los líderes necesarios, es decir, que la misma situación social produce automáticamente el líder para que la resuelva.

Durante varias décadas se realizaron numerosos estudios en todo el mundo, que permitían comparar los rasgos físicos, intelectuales y de personalidad de los líderes, tanto culturales, como religiosos, militares, financieros, etc. Estos estudios buscaban comparar los «rasgos» característicos del líder eficaz, de ahí que esta teoría reciba el nombre de «La teoría de los rasgos», y se basa, por tanto, en que el éxito en el liderazgo está relacionado con las características de peresonalidad del líder elegido, y que éstas puesen ser estudiadas sistemáticamente.

En función de esta teoría tenemos una base para descubrir los factores subyacentes al éxito, que ya en el año 1948 son estudiados por Stodgil, encontrando que solamente un 5 % de los rasgos aparecía en cuatro de los 106 estudios que analizó.

A pesar de que no existían conjuntos uniformes de rasgos, ni cohesión en la formulación de éstos, ni fiabilidad en su medición, se han seguido haciendo estudios en este sentido, analizando sobre todo tres áreas: inteligencia, destreza en la comunicación y capacidad para valorar las metas del grupo, puesto que estas áreas se han encontrado relacionadas con el éxito en gran variedad de situaciones.

No obstante, parece evidente que esta teoría es inadecuada al ofrecer datos concluyentes sobre cómo, personas con rasgos de personalidad distintos, ubicadas en entornos dispares, y con herencias diversas, han ejercio un liderazgo eficaz.

«Knickerbocker estudia por qué aún muchas personas se aferran a esta teoría del liderazgo, por qué persiste en ciertos medios con tanta vitalidad. Encuentra una sola explicación para mantener esta concepción romántica

del líder dotado de atributos mágicos. Cada uno de nosotros inició su vida al amparo de un líder fuerte, de poder ilimitado, que nos ofrecía protección: nuestro padre. Muchos encontraron seguridad en esta figura mágica, de ahí su interés por mantener esta imagen simbólica en el presente. Sólo así se explica que el líder tenga que ser más inteligente, más poderoso... que nosotros. Proyectamos en él nuestras ansias de seguridad y dependencia».

Pues bien, como decía anteriormente, estos criterios tradicionales van siendo relegados y en los últimos años ha habido una gran proliferación de literatura, sobre todo americana, sobre formación en relaciones humanas y un número considerable de investigaciones sobre su efectividad.

Estos hechos también se han dado en Europa. Desde el año 1951, diversos investigadores de la Universidad de Leicester y del Instituto Tavistock de relaciones humanas, han desarrollado una serie de programas que denominan «RESIDENCIALES» y que son un método de formación en relaciones humanas y de aprendizaje de liderazgo.

¿Por qué este cambio de orientación en el estudio sobre el liderazgo?

Los hombres y mujeres que ejercen cualquier tipo de liderazgo, profesionales o administrativos, en la industria, en el comercio, en la educación, la sanidad, los servicios sociales o la administración pública, deben siempre trabajar en grupos o con grupos formados por otras mujeres y hombres. La mayoría de estos líderes reconocen actualmente que no pueden ignorar las necesidades y sentimientos individuales y grupales en el momento de tomar las decisiones mediante las cuales delegan responsabilidades y ejercen autoridad.

Los líderes conocen cómo, con relativa frecuencia, fallan planes perfectamente elaborados (por una resistencia al cambio imprevisible o imposible de modificar), cómo ellos mismos pueden tornarse indecisos en condiciones de tensión y muchas veces no logran comunicar lo auténtico de sus intenciones. Igualmente, determinados sistemas de comunicación parecen no funcionar correctamente, y ven cómo las buenas intenciones y el sentido común no siempre son pautas lo bastante sólidas para enfrentarse con la resistencia del grupo y tampoco para poder juzgar su fuerza o su funcionamiento.

En los últimos años se ha logrado una mejor comprensión del comportamiento de los individuos y de los grupos, pero el hombre, para tener éxito, debe utilizar en forma constructiva su propia personalidad.

El establecer una relación con cada persona o grupo, requiere una comprensión de las fuerzas personales, grupales e institucionales que determinan el tipo de transacciones posibles.

La mayoría de los hombres y mujeres ejercen en algún momento de su vida algún tipo de liderazgo. Cuando lo hacen, se convierten en un foco de fuerzas conflictivas que deben reconciliarse de la mejor manera posible.

Por lo tanto, es imprescindible que tanto para aprender como para for-

mar o para ejercer liderazgo, en primer lugar intentemos comprender al ser humano.

Así, la personalidad de un individuo está formada por su herencia biológica y por las experiencias que ha vivido, especialmente las de la infancia.

En la sociedad actual, la mayoría de los hombres y mujeres actúan en tres campos distintos y parcialmente superpuestos; la familia, el trabajo y las relaciones sociales, y es en estos tres ambientes en los que lleva a cabo su propio desarrollo, ya que es en estas áreas de conducta donde satisface sus necesidades fisiológicas y psicológicas y se protege del estress de la vida cotidiana y del medio ambiente, logrando así su maduración.

Las esperanzas y temores que condicionan las expectativas individuales con respecto a la forma en que el individuo piensa que será tratado por los demás y las creencias y actividades en las que basa su código de conducta, se derivan de estas relaciones y se van integrando, poco a poco, en la pauta de su personalidad, es lo que constituye su mundo interno, que contiene sus impulsos innatos y primitivos y los contróles primitivos que ejerció sobre los impulsos. Estos controles se derivan de las primeras relaciones con la autoridad, ejercida generalmente por los padres.

Es decir, que el mundo interno del individuo abarca aquella parte de uno mismo que desea realizar lo que le prohibieron o no le dejaron hacer y la otra, compuesta por las imágenes de quienes simultáneamente excitaban o inhibían sus propios impulsos.

Según la teoría de las relaciones objetales, el niño, en su primera infancia, no puede distinguir entre lo que está dentro de él y lo que está fuera. No tiene un YO que pueda diferenciar los sentimientos y sus causas; lo que siente con respecto a un externo se transforma en atributo del objeto mismo, es decir, que proyecta sus sentimientos hacia él, convirtiéndose en «objeto bueno» al que quiere y cuida, en la medida en que le excita y le gratifica, y en «objeto malo» al que odia, en la medida en que le produce dolor o frustración. El niño divide, por tanto, los objetos en buenos y malos, dependiendo de los sentimientos que en él produzcan, pero en realidad más tarde aprenderá que se trata del mismo objeto que unas veces satisface y otras frustra, siendo unas veces bueno y otras malo.

De esta violenta confusión de sentimientos provocada por un mismo objeto, se derivan las tendencias posteriores a idealizar aquellas cosas que son sentidas como protectoras y amables y a detestar las sentidas como antagonistas y obstaculizadoras.

En el hombre maduro el YO (el concepto de sí mismo como individuo único), establece una relación entre el mundo interno de objetos buenos y malos y el mundo de la realidad exterior, y asume en relación con la personalidad un rol de liderazgo; pero un YO maduro es el que es capaz de establecer una diferencia entre lo que es real en el mundo externo y lo que es proyectado fuera desde el interior, y que debe rechazar.

La mayoría de los seres humanos tenemos la tendencia a separar lo bueno de lo malo dentro de nosotros mismos y a proyectar los sentimientos resultantes sobre los demás, y esto constituye uno de los principales obstáculos para la comprensión y el control del comportamiento humano.

La dificultad para aceptar que se pueda sentir a la vez amor y odio por una misma persona se acentúa en las relaciones entre líderes y seguidores. Los seguidores dependen de sus líderes en lo que respecta a conocer las propias metas y a elaborar y aplicar métodos para alcanzarlas.

Un líder que vacila o fracasa priva a sus seguidores de un sentimiento de satisfacción y, por lo tanto, se gana su odio, sin embargo, el liderazgo es un rol solitario y los líderes deben tener seguidores. Por lo tanto, cualquier vacilación o abandono es una amenaza a la propia realización.

Esta inevitable y mutua dependencia incrementa la necesidad de líderes y seguidores de defenderse del poder destructivo de su potencial hostilidad mutua. Es por esto que cualquier aprendizaje sobre liderazgo supone una comprensión de sus orígenes y de su naturaleza.

Pero, ¿qué hace un líder cuando ejerce el liderazgo?

Necesariamente tenemos que contestarnos esta pregunta para podernos educar en relación con el liderazgo.

El líder es un *símbolo* y como tal ha de ser capaz de rodearse de seguidores, vertebrarlos, tomas decisiones en su nombre (con su colaboración o sin ella) y comunicar tales decisiones a otros; tiene que ser capaz de actuar de forma tal que no sólo *impulse a la realización* de tareas, sino que logre también la cooperación de sus seguidores

Fácilmente podríamos identificar al líder con una persona que triunfa, que tiene éxito en la vida, es creativo, se reta a sí mismo a obtener mayores logros, se arriesga en sus decisiones, actúa libremente, cultiva las relaciones interpersonales, está motivado, etc.; por lo tanto y teniendo en cuenta a Maslow diríamos que es una persona auto-realizada.

Así, pues, llegado a este punto tenemos claras algunas ideas:

* El líder *ejerce* AUTORIDAD.
* El líder *dirige* GRUPOS HUMANOS.
* El líder debe *conocer* al individuo que compone el grupo y saber cómo motivarlo.
* El líder no nace. Se FORMA.

Siendo así que para ejercer el liderazgo hay que conocer al propio individuo, sus características, sus posibles reacciones en el grupo, e incluso cómo motivar al individuo y al grupo mismo, debemos plantearanos *cómo podemos potenciar el liderazgo, qué es lo que debemos aprender* y en consecuencia *qué y cómo debemos enseñar;* es decir: podemos identificar desde la endeñanza a los líderes y potenciar ese liderazgo, enfocándolo ade-

cuadamente y dándoles los instrumentos necesarios para ejercer un liderazgo eficaz en cualquier ámbito de la Enfermería.

Reflexionemos: El trabajo de la enfermera, de cualquier enfermera y cualquier tipo de actividad que realice, tanto en el campo asistencial como docente, independientemente de su puesto de trabajo, tanto si es enfermera generalista como supervisora, directora, etc., debe realizar funciones de administración y trabajar con grupos de personas e influir en éstas para conseguir algún cambio, y tanto para ser una administradora eficaz, que lleve planes a la práctica y alcance objetivos, como para poder producir modificaciones en la conducta de un grupo, debe ser un líder adecuado.

El liderazgo es necesario para que la enfermera/o sea eficiente en la dirección de la asistencia al individuo, tanto enfermo como sano. Thora Kron, en su libro «Liderazgo y administración en Enfermería», dice que:

«EL LIDERAZGO EN LA ENFERMERIA DEBE PLANEARSE».

Es por todo esto que debemos formarnos y formar en aquellos aspectos que hemos estado viendo que caracterizan al líder.

III. POTENCIAR EL LIDERAZGO DESDE LA EDUCACION

F. Nigthingale ya deja constancia en sus escritos de cómo desde la enseñanza se puede modificar una profesión.

Por otra parte, la pedagogía nos dice cómo la Enseñanza supone un cambio en la forma de pensar, sentir y actuar del estudiante.

Si el resultado final del aprendiœaje supone una modificación del comportamiento, está claro que desde las Escuelas y estamentos educativos no sólo debemos conseguir la modificación de la conducta de nuestros alumnos, sino dotar a éstos de los instrumentos necesarios para que en la medida adecuada y en función de sus propios objetivos y de los objetivos profesionales, adopten la posición de líder que les permita desarrollar su actividad profesional e incluso buscar cauces para solucionar problemas y profundizar en aspectos que permitan ejercer un liderazgo eficaz.

¿QUE ENSEÑAR?

Cuando el alumno ingresa en la Escuela comienza su período de aprendizaje sobre enfermería, es decir, comienza a adquirir conocimientos específicos, a cambiar sus pensamientos, ideas, actitudes y habilidades.

Las manifestaciones de estos cambios variarán de unos alumnos a otros, de acuerdo con la capacidad individual para expresarse y no se harán patentes mientras no exista una situación en la que se pueda poner de manifiesto lo aprendido.

Uno de los primeros aspectos a tener en cuenta en la educación de futuros líderes consiste en: *Desarrollar en los estudiantes un concepto claro y amplio del papel social de su profesión.* No podemos dar por hecho que el alumno que acude a la Escuela va a aprender lo que es Enfermería a través de su paso por ella, por eso no basta con que conozcan las definiciones de enfermera y enfermería, sino que deben tener una comprensión de las funciones sociales a las que sirve la profesión y la forma cómo estas funciones se realizan con el funcionamiento total de la sociedad, así como las funciones de otros grupos de profesionales.

Igualmente debe dotarse al alumno de una comprensión de las diversas clases de relaciones que existen entre la profesión de Enfermería y otros grupos especializados, incluyendo lo que estos grupos esperan de los miembros de la profesión de Enfermería.

¿Cómo podremos formar líderes en Enfermería si no les iniciamos en un conocimiento profundo del ROL de su profesión?

Este primer aspecto es el inicio del camino hacia la Motivación y el primer eslabón para el liderazgo.

Otro aspecto importante es dotar al futuro líder del conocimiento y la comprensión necesaria para *desarrollar un entendimiento profundo tanto de las personas a las que se presta el servicio profesional,* como de los individuos y grupos con los que deberá relacionarse.

Es un entendimiento y comprensión de las motivaciones personales, sentimientos, necesidades y de la interrelación de los aspectos físicos, psicológicos, sociales y emocionales del comportamiento humano. Es iniciar el camino hacia la autocomprensión y, por lo tanto, va a proporcionar al estudiante un desarrollo continuado a medida que avanza en su carrera profesional.

La educación para el liderazgo debe ir también enfocada hacia el *desarrollo de un grado considerable de madurez emocional,* para que tengan libertad para expresar y recibir comunicaciones con gran carga emocional y puedan actuar inteligentemente ante la aparición de nuevos problemas.

El futuro líder debe desarrollar el sentimiento de autorrespeto para la contribución social de la profesión de enfermería, así como para el tranbajo propio y de los demás. Por lo que tiene gran importancia la capacidad para reconocer e identificar problemas y principios éticos y la capacidad para mantener el comportamiento adecuado.

Todos estos aspectos de la formación llevan implícita la actuación del profesional de Enfermería en base a principios antes que a reglas, y, por lo tanto, suponenuna eficacia del pensamiento en resolución de problemas; es decir, implican el *desarrollo de cierta habilidad en reconocer problemas profesionales, en analizar los problemas en términos de los principios pertinentes y en seguir una actuación que aplique estos principios.*

El aprendizaje de todos estos aspectos generará además en el estudiante una actitud positiva, con amplios intereses hacia el campo profesional y

desarrollará su interés por continuar su propio aprendizaje más allá de la obtención de su título.

Tal y como se hace referencia en el documento que se elaboró para el proyecto de reforma del plan de estudios de Diplomado en Enfermería, podríamos englobar estos aspectos en tres campos:

Instrumentos de desarrollo personal:

* Capacidad de utilización del Método Científico.
* Capacidad de estudio.
* Capacidad de análisis y síntesis.
* Capacidad de resolución de problemas.
* Conocimiento de sí mismo.
* Conocimiento de metodologías de trabajo.

Instrumentos para el desarrollo de las personas y la sociedad:

* Conocimiento de la evolución y desarrollo de la persona.
* Conocimiento de las estructuras sociales, su comportamiento, su proceso de cambio y el medio donde se desarrolla.
* Conocimiento de los factores que determinan el estado de salud de la sociedad.
* Conocimiento de los procesos de enfermar y curar, las diversas formas de cuidar al individuo, los grupos y la comunidad.
* Conocimiento de los procesos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad del individuo, los grupos y la comunidad.

Instrumento para desenvolverse en su medio de trabajo:

* Dominio de la disciplina de Enfermería.
* Conocimiento de las características del sistema.
* Conocimiento de las características del trabajo de la enfermera en el sistema de salud.

. . . . . .

Hay algunos aspectos puntuales en los que me gustaría incidir, y es la importancia que le debemos de dar a la formación en aspectos concretos como:

— Técnicas de comunicación.
— Observación.
— Técnicas para aprender a escuchar.

Al comienzo de esta charla ya hacíamos referencia a uno de los aspectos que caracterizan al líder y es su capacidad para tomar decisiones y transmitir estas decisiones. Por lo tanto el conocimiento en profundidad tanto de los aspectos generales de la comunicación, verbal o no verbal, como de los fallos atribuibles a la comunicación, son imprescindibles para el éxito del liderazgo.

El líder toma decisiones y da instrucciones en función de sus capacidades y de su conocimiento del grupo. Sus decisiones están basadas en su percepción de la realidad. Pero la percepción de la realidad nunca es absolutamente correcta, la mayor parte de las situaciones contienen factores ambiguos. El hombre no ve las cosas tal y como son en sí mismas, sino tal y como son para él, por lo tanto percibimos no sólo lo que vemos, sino lo que esperamos ver y son nuestros mecanismos de atención los que se encargan de filtrar la información que nos llega, lo que hace reforcemos unos aspectos e ignoremos otros.

Esta forma de percibir la realidad hace que a veces nos desviemos en nuestras relaciones interpersonales, en nuestro modo de proceder o relacionarnos.

Por esto, la enfermera, y la enfermera que va a ser líder con mayor razón, debe aprender un mecanismo apropiado que le permita percibir la realidad.

Esta percepción es lo que en comunicación se denomina «Feed-back», retroalimentación.

El feed-back permite conocer la eficacia de la comunicación, ya que consiste en comunicar en forma verbal o no verbal a la otra persona o grupo como nos está afectando su conducta.

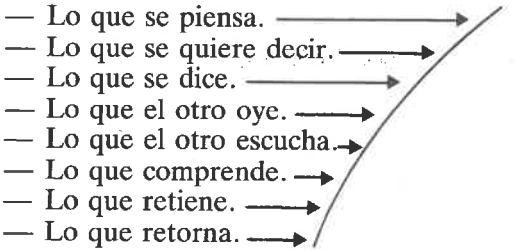
En las relaciones interpersonales el estímulo es la conducta propia y la de las personas que nos rodean, por lo tanto, el feed-back es un instrumento esencial para la comunicación eficaz entre el líder y sus seguidores.

Es importante, por lo tanto, que el líder conozca cómo reducir la probabilidad de fallos en la comunicación, así como el arco de distorsión que se produce en ésta.

En relación con la reducción de fallos, podemos citar algunos aspectos como:

— Dar por supuesto que el mensaje será distorsionado.
— Prever el comportamiento de los colaboradores.
— Planear la comunicación.
— Obtener y prestar atención al feed-back.

En cuanto al arco de distorsión quizá sea bueno que lo recordemos:



La comunicación efectiva implica el aprendizaje y dominio de otro aspecto importantísimo para que la enfermera ejerza su liderazgo y es el desarrollo de la capacidad de observación.

Pero la observación, para ser eficaz debe ser constante y además es necesario saber qué se desea observar y cómo hay que hacerlo.

El propósito de la observación es siempre obtener información y el líder necesariamente debe de estar informado.

Y por último, el otro aspecto de este capítulo que comenté que no quería dejar de tratar, *es la capacidad de escuchar.*

Si importante es para el líder comunicarse y observar, no lo es menos el saber escuchar.

Hasta podríamos decir que «el saber escuchar» es una virtud, cualidad que no todos poseemos, pero que en el líder es imprescindible y por eso debe aprenderla.

Un líder que sólo hablase y no escuchase estaría perdiendo seguidores y, por lo tanto, pronto dejaría de serlo. La persona que no es capaz de escuchar, tampoco es capaz de aprender y no estaría utilizando un mecanismo para recoger una información que posiblemente sería imposible conocer por otros medios.

Así, pues, desarrollar estas capacidades en nuestros alumnos supone dar un paso importante en la información de líderes.

COMO ENSEÑAR

Tan importante como saber qué enseñar es, sin duda, saber *cómo enseñarlo.*

Con demasiada frecuencia los docentes seguimos limitándonos a transmitir a los alumnos una información, generalmente extensa de una forma pasiva. Aceptamos la hipótesis que se concreta en la frase «La información transmitida al estudiante *siempre* es aprendida».

No cabe ninguna duda sobre lo erróneo y obsoleto de este criterio.

Todos hemos estudiado alguna vez la importancia de la participación activa del estudiante en el proceso enseñanza-aprendizaje, y hemos señalado los inconvenientes de la «CONFERENCIA» como *único* sistema de transmisión de conocimientos; sin embargo, seguimos utilizándola muchas veces como elemento *único* de nuestro trabajo.

Múltiples estudios de investigación en este campo han analizado los elementos estimulantes de la teoría de la comunicación, haciendo referencia al modo en que se transmite la información al estudiante, sin analizar a fondo lo que se aprende, quien lo aprende, con que rapidez y, sobre todo, con qué fin.

Esta manera de transmitir la información conduce a una actitud pasiva por parte del estudiante, ya que se le considera en una situación de dependencia, apoyándose sólo en la información que se le proporciona.

El aprendizaje, ya hemos comentado antes, es un proceso dinámico de interacción en el que el comportamiento y la experiencia del estudiante desempeñan un papel fundamental.

El estudiante debe no sólo recibir, sino aportar su contribución. Su percepción del fenómeno es tan importante como la del profesor y el juicio que emite sobre el valor de aquél puede ser más pertinente que el del docente.

Generalmente los docentes intentamos convencernos de que estamos condicionados a utilizar este método, argumentando aspecto como el gran número de alumnos con que contamos,. la exigencia de los horarios, la disponibilidad de locales, la forma en que están organizados los cursos, etc., pero, sin duda, este sistema hace que domine el aspecto «ENSEÑANZA» sobre el aspecto «APRENDIZAJE».

El profesor posee unos conocimientos fruto de una intensa actividad intelectual; pero enseñar no consiste en hacer que el estudiante registre unos conocimientos, o parte de ellos, en su memoria, sino más bien enseñarle a participar en el proceso que hace posible la constitución de un cuerpo de conocimientos.

Cuando enseñamos una disciplina no es para producir pequeñas bibliotecas vivientes, sino para inducir al estudiante a que piense por sí mismo, asimile el proceso de asquisición de conocimientos, desarrolle su personalidad y adquiera un nivel de maduración de su conducta.

Por lo tanto tendremos que modificar nuestros métodos de enseñanza, si verdaderamente estamos dispuestos a formar líderes.

Sería interesante que recordásemos y tuviésemos en cuenta las condiciones que facilitan el aprendizaje*:

* G. J. Pine, P. P. Horne. Principles and Conditions for Learning in Adult Education. Adult Leadership. Oc. 60.

es necesario crear una atmósfera que:

* Anime a ser ACTIVO.
* Favorezca la naturaleza PERSONAL del aprendizaje.
* Acepte el concepto de que ser DIFERENTE es aceptable.
* Reconozca el DERECHO al ERROR.
* Tolere la IMPERFECCION.
* Aliente a la AMPLITUD DE ESPIRITU y a la CONFIANZA EN UNO MISMO.
* De la impresión de ser RESPETADO y ACEPTADO.
* Facilite el DESCUBRIMIENTO.
* De importancia a la AUTO-EVALUACION en COLABORACION.
* Permita la CONFRONTACION de ideas.

Con toda seguridad el contemplar la posibilidad de utilizar otros métodos para transmitir los conocimientos, seleccionando las experiencias de aprendizaje en función de los objetivos a alcanzar, así como el utilizar procedimientos adecuados de aprendizaje para desarrollar la habilidad de resolver problemas, actitudes e intereses, llevará consigo el desarrollo de una motivación eficaz para el aprendizaje, motivación que resulta: imprescindible para el estudiante y esencial para el futuro líder.

Si desde los estamentos educativos, tenemos en cuenta estos criterios, tanto a nivel básico de Enfermería, como de especialistas, sobre todo en áreas como Administración y Gestión y Salud Pública, estaremos contribuyendo a la formación de líderes, imprescindibles para orientar u dirigir la profesión de Enfermería.

Y digo que habremos contribuido a la formación de líderes porque sin duda, nuestra aportación se habrá enfocado hacia la maduración de nuestros elementos y reunirán las características de persona madura imprescindibles para ajercer el liderazgo.

CARACTERISTICAS DE LA PERSONA MADURA**

A. *Se sienten confortables consigo mismos*

a) No se derrumban, ni quedan desarmados por sus propias emociones, miedos, ira, amor, envidia, culpa, preocupaciones.
b) Son capaces de sobrellevar los desengaños de la vida con cierta facilidad.

** The National Association for Mental Health.

c) Son tolerantes consigo mismos, pueden reírse de sí mismos.
d) No infravaloran o sobrevaloran sus actividades.
e) Aceptan sus defectos y limitaciones.
f) Se autorrespetan.
g) Se sienten capaces de afrontar las situaciones que encuentran.
h) Descansan y encuentran placer en los placeres sencillos de cada día.

B. *Piensan bien de los demás*

a) Son capaces de amar y de respetar los intereses de los demás.
b) Tienen relaciones personales duraderas y gratificantes.
c) Dan por supuesto que encontrarán personas agradables y de las que se puede uno fiar, y creen que ellos serán agradables y despertarán confianza en otros.
d) Respetan todas las diferencias que encuentran en la gente.
e) No atropellan a nadie ni permiten ser atropellados.
f) Pueden sentirse parte de un grupo.
g) Tienen un sentido de responsabilidad con respecto a sus vecinos y prójimo.

C. *Son capaces de afrontar las exigencias de la vida*

a) No se quedan inactivos frente a los problemas que se les presentan.
b) Acepta sus responsabilidades.
c) Influyen en su medio ambiente siempre que es posible; se adaptan a él cuando es necesario.
d) Planifican con tiempo sus actividades y no temen al futuro.
e) Aceptan las nuevas experiencias e ideas.
f) Ponen a prueba sus capacidades naturales.
g) Se proponen metas realísticas para sí mismos.
h) Son capaces de pensar por sí mismos y de tomar sus propias decisiones.
i) Ponen el máximo empeño en lo que hacen con gusto.

IV. CONCLUSION

Desarrollo del líder

La conclusión obvia es que el líder se hace, que podemos avanzar y hacer que otros también avancen.

Partimos de unos recursos concretos, arraigados en nuestra dinómica personal, que podemos multiplicar siempre que nos lo propongamos y vivamos abiertos a la información que el entorno pueda ofrecernos.

Sin embargo, el líder no se puede «estancar» y precisa desarrollar permanentemente algunos de los aspectos que le caracterizan y que según Gondon Lippett se concretan en siete puntos:

1. Conocimiento y aceptación personal

Hemos de aceptarnos para poder aceptar a los demás. Si el líder no es capaz de comprender sus propios sentimientos y deseos, difícilmente podrá comprender a sus seguidores y esto es capital, dado su influjo en ellos.

2. *Nivel de seguridad*

Para las relaciones interpersonales es un dato clave. Necesita estar seguro de sí mismo para escuchar a los demás y enfatizar con ellos sin necesidad de justificarse. La consistencia o congruencia es síntoma de seguridad y aquella es vital para las relaciones interpersonales, tarea característica del liderazgo.

3. *Sensibilidad*

El líder tiene que ser emotivo y racionalmente sensible a las situaciones que afronta.

4. *Capacidad de diagnóstico*

Inútil saltar del síntoma a la solución. La habilidad para diagnosticar e indagar los porqués y situaciones es herramienta fundamental del liderazgo.

5. *Flexibilidad*

El propio ROL le exige adaptarse a las situaciones. Esto no implica que sea ambivalente o inseguro; tan sólo subraya la importancia de ejercer las funciones adecuadas para resolver los problemas y ejecutar los programas de acción.

6. *Habilidad para relacionarse racionalmente*

Es decir, para saber utilizar métodos científicos y eficaces en la dinámica del grupo que lidera. El respeto a lo emocional no puede restar eficacia a nuestra vida. El asimilar como actividad la filosofía del método de solución de problemas es clave.

7. *Aprendizaje permanente y autorrealización*

¿Por qué no seguir aprendiendo de las experiencias, relaciones y datos que la vida continuamente nos ofrece? Aprender a aprender es la resultante más significativa. Si el líder fuera capaz de aprender de sus fracasos, fallos, disgustos y logros, encontraría la dimensión más vital del liderazgo.

Y, por lo tanto, y ya para concluir, nos hacemos eco de las recomendaciones del Congreso de Enfermería celebrado en Tokio en abril de 1986 sobre «Liderazgo en Enfermería. Hacia una salud para todos», donde se estableció:

> «Se pueden formar líderes. Una educación apropiada y una experiencia relevante pueden mejorar el estilo del liderazgo y su realización».

Igualmente, entre las recomendaciones y objetivos de la O.M.S. en dicho Congreso encontramos:

> «Desarrollar y promocionar unos materiales didácticos y de aprendizaje que estén en consonancia con el liderazgo, para que sean desarrollados en seminarios, talleres, etc., los cuales se puedan utilizar como guías para la acción al planificar los cambios necesarios en la educación y práctica en la Enfermería».

Es por todo esto que nos damos una respuesta a la pregunta inicial diciendo:

«EL LIDER NACE Y SE HACE»

BIBLIOGRAFIA

T. KRON: *Liderazgo y administración en Enfermería.* Ed. Interamericana, 5.ª edición.
A. K. RICE: *Aprendizaje de liderazgo.* Ed. HERDER, 1985.
M. J. ARANGUREN y otros: *Formación de la Enfermería, perspectivas de una profesión.* Ed. Eunsa.

DIVICENTI: *Administración de los servicios de Enfermería.* Ed. Limusa.
MARRIMER: *Manual para administración de Enfermería.* Ed. Interamericana, 2.ª edic.
H. KOONTZ, C. O'DONNEL: *Elementos de administración moderna.* Ed. Bacata.
(A.E.E.D.) H. MAHLER: *¿Por qué el liderazgo en salus para todos?*
O.M.S.: *Liderazgo en Enfermería, hacia una salud para todos, un reto y una estrategia para la acción.* Ed. Asociación británica de salud y educación sanitaria.
O.M.S.: *Líderes de Atención Primaria de Salud.* Cuadernos de Salud Pública n.º 82.
CONSULTORES ESPAÑOLES: *Documenos sobre liderazgo y dirección.*
GUILBERT, O.M.S.: *Guía Pedagógica.* Ed. ICE, Universidad Valladolid, 5.ª edic.
H. A. GODDARD: *Principios de administración aplicados a los servicios de Enfermería.* Ed. O.M.S., S. Monográficas, n.º 41.
P. SIMERAY: *La estructura de la empresa.* Ed. Ibérico EuropeA DE Ediciones, S. A.
V. B. BYERS: *L'infirmiere et l'observation.* Ed. Edisem, 3.ª edic.
L. COUTTS, L. HARDY: *Teaching for Health.* The nurse as health educator.
Documento elaborado por el Grupo IX (subgrupo de Enfermería) para la reforma del plan de estudios de Diplomado en Enfermería.

CONFERENCIA DE CLAUSURA

LAS ENFERMERAS Y EL SABER ENFERMERO

Dorothea E. Orem
Traducido por:
Milagros Segura García

En las poblaciones del mundo entero, la enfermería se mantiene como un servicio humano institucionalizado que incluye medidas para la educación y preparación de las enfermeras. La fuerza de la enfermería, en cualquier grupo social, depende de lo que las enfermeras hacen para mantenerla viable y saludable como un servicio para la salud humana y, a la vez, ampliar las fronteras del conicimiento propio de la enfermería, el saber enfermero.

Cuando el siglo XX se va aproximando a su fin, la enfermería se considera como un servicio de salud esencial. Se considera también como un servicio de enormes conocimientos. Sin embargo, en los años 80, las enfermeras asistenciales, las docentes y los estudiantes de enfermería siguen viéndose afectados desfavorablemente por el hecho de que las enfermeras, en el período de la enfermería moderna, no han tenido éxito en sus intentos de exponer el área de acción e influencia y las fronteras de la enfermería y de concretar y ratificar los conjuntos de conocimientos de enfermería que constituirían las ciencias prácticas y aplicadas de la enfermería.

Las enfermeras se presentan a ellas mismas en la sociedad como seres capaces de ayudar a otros por medio de la enfermería. Para hacer esto, tienen que pensar en enfermería, comunicarse sobre enfermería, determinar cuándo y cómo los individuos pueden ser ayudados por medio de la enfermería y diseñar y producir enfermería para individuos y grupos. La situación tan desorganizada de los conocimientos de enfermería es un inconveniente para que los estudiantes desarrollen las capacidades mencionadas. Lo que ocurra a la enfermería en el siglo XXI se considera dependiente de lo que las enfermeras hagan (A) para dar forma y estructura a los conocimientos de enfermería que están ya desarrollados y contrastados, pero desorganizados y dispersos y, por tanto, de difícil acceso y (B) para avanzar en el desarrollo de la enfermería como un área del conocimiento.

En relación con lo anteriormente expuesto vamos a responder a continuación a dos preguntas:

1. ¿Qué precisa para mantener la enfermería viable en una sociedad?
2. ¿Cómo pueden proceder y cómo proceden las enfermeras para desarrollar y dar forma y estructura a la enfermería como un área del conocimiento, como una disciplina práctica?

El mantener la enfemería viable en las sociedades se considerará desde la perspectiva de los papeles fundamentales que juegan las enfermeras en los grupos sociales. El desarrollo de la enfermería como un área del conocimiento se describirá en relación con los tipos de indagaciones que acompañan a cinco etapas en la comprensión de la enfermería. Finalmente, se expondrán los conceptos esenciales y las ideas centrales de una teoría general de enfermería, la teoría del déficit de auto-cuidado.

El mentenimiento de la Enfermería Viable en una Sociedad.

En teoría, las enfermeras dirigen su atención y sus esfuerzos a problemas humanos que pueden ser resueltos o mitigados por medio de la enfermería. Para hacer esto, las enfermeras tienen que conocer de forma eficaz lo siguiente:

1. Qué condiciones y qué factores en las personas o en sus ambientes ocasionan una demanda de enfermería.
2. Qué propósito de la enfermería puede corresponder a esas condiciones y factores.
3. Cómo afectan los distintos tipos de condiciones y factores humanos y ambientales a las características, el diseño y la producción de cuidados de enfermería para los individuos y los grupos.

Las respuestas a estas preguntas constituyen conocimientos de enfermería generalizables, que las enfermeras tienen que poseer y ser capaces de utilizar en todas o en algunas situaciones en su práctica. Las enfermeras usan estos conocimientos para orientar sus observaciones y propuestas de cuidados, para adquirir conocimiento empírico sobre situaciones concretas de la práctica de la enfermería, para vincular los propósitos de la enfermería con la información obtenida y para proporcionar una dirección a su dictamen, a sus actividades de toma de decisiones y al diseño y prestación de los cuidados de enfermería.

El saber enfermero, cualquiera que sea su forma y estructura en un momento dado, es necesario no sólo para el trabajo de las enfermeras asistenciales o practicantes de la enfermería, sino también para el cumplimiento de otras responsabilidades funcionales de las enfermeras, por las cuales la enfermería se mantiene en la sociedad como un servicio de salud eficaz.

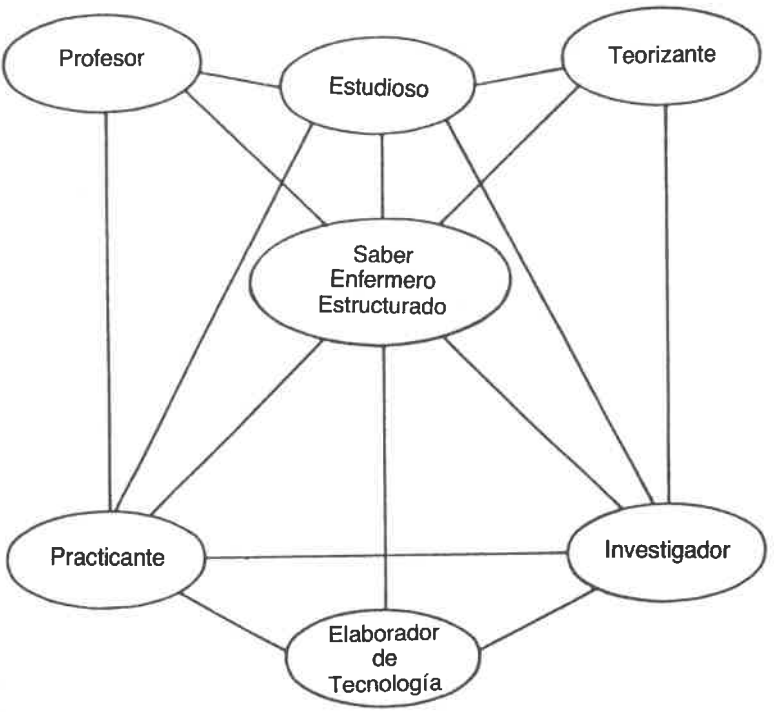
Hay una creencia general de que lo que se necesita para mantener la enfermería como un servicio humano disponible y eficaz es la presencia en las comunidades de lo que este o aquel grupo perciben como un número adecuado de enfermeras; enfermeras que están capacitadas, por medio de uno o más programas de formación, oficialmente establecidos y regulados, para participar en la prestación de cuidados de enfermería. Pero los líderes de la enfermería en los años finales del siglo XX tienen una visión más amplia y desarrollada de lo que es necesario para mantener la enfer-

mería no sólo viable sino también eficaz como servicio de salud para la humanidad.

En la actualidad, se reconocen los siguientes cometidos de las enfermeras, con sus correspondientes responsabilidades (fig. 1-1):

1. Practicante de enfermería, enfermera asistencial
2. Estudioso de enfermería
3. Teorizante de enfermería
4. Investigador de enfermería
5. Elaborador de tecnología y técnicas de enfermería
6. Profesor de enfermería

Las enfermeras que realizan con eficacia estos cometidos contribuyen al desarrollo y validación de los conocimientos de enfermería, que son necesarios para que la enfermera los utilice en la identificación, determina-



+ Figura 1-1.— Relación de los conocimientos de enfermería con los cometidos de la enfermera.

+ De p. 4.— *Concept Formalization in Nursing: Process and Product.* Reproducido con autorización de D. E. Orem.

ción y solución de problemas en la práctica de la enfermería y en la prestación de sus cuidados a la población *.

La necesidad de enfermeras que puedan actuar eficazmente en los seis cometidos mencionados, o en combinaciones de algunos de ellos, debe ser afrontada no sólo por la colectividad de enfermería sino también por sectores más amplios de la sociedad. Dónde y cómo ayudar a hombres y mujeres con interés, capacidad y talento a prepararse para asumir y cumplir estos cometidos son problemas para los que hay que buscar soluciones a nivel nacional y de instituciones patrocinadoras.

Además de los seis cometidos enumerados, esenciales para mantener la enfermería viable en la sociedad, existen los «roles» de (A) administrador de servicios de enfermería y (B) administrador de programas educativos de enfermería. Estos dos papeles y las responsabilidades funcionales asociadas surgen no de la enfermería como una disciplina del conocimiento y la práctica, sino de unos servicios de salud organizados y unas instituciones o centros de formación.

Los administradores de servicios de enfermería y los administradores de los centros educacionales de enfermería deben conocer la enfermería como una disciplina del conocimiento y poder usar este conocimiento en el cumplimiento de las funciones de su cometido relativas, respectivamente, a asegurar la prestación de cuidados de enfermería a las poblaciones atendidas por la institución de salud y a asegurar la provisión de una formación adecuada y válida para los estudiantes de enfermería que aspiran a cumplir determonados cometidos en la profesión.

Los administradores de servicios de enfermería deben conocer la enfermería en forma activa para poder asegurar (A) la continua disponibilidad y producción de cuidados de enfermería para la(s) población(es) atendida por la empresa de servicios de salud, (B) que la enfermería contribuye al cumplimiento del propósito o misión de la empresa de servicios de salud, y (C) que lo que se necesita para producir cuidados de enfermería está disponible y que lo que afecta desfavorablemente la continua disponibilidad y prestación de cuidados de enfermería se corrige. *Los administradores de programas educativos de enfermería* deben (A) ser conocedores del campo de acción e influencia y las fronteras de la enfermería como área del conocimiento; (B) comprender la estructura del saber enfermero y sus articulaciones con otras áreas de conocimiento; (C) comprender las formas de educación para las profesiones y las ocupaciones; y (D) poder seleccionar y organizar los conocimientos relativos a la enfermería en tal manera que sea válida para formas específicas de educación para las ocupaciones y las profesiones. El administrador educacional de enfermería entiende los seis cometidos esenciales para mantener la enfermería viable

* N.T.— la autora utiliza en esta clasificación una terminología poco empleada en nuestro país, diferenciando en varios cometidos (estudioso, investigador y elaborador de tecnología) el campo que habitualmente denominamos en España investigación de Enfermería.

en la sociedad y asegura que los propósitos y el diseño del programa educativo reflejan la preparación para el cumplimiento de un cometido o alguna combinación de varios de ellos, por ejemplo, la de practicante de la enfermería y estudioso de la enfermería, o la de estudioso e investigador.

Se precisa un esfuerzo conjunto, por parte de la colectividad de enfermería, para mantener el reconocimiento y la aceptación de la necesidad de enfermeras que actúan no sólo como practicantes de la enfermería, sino también como estudiosas, teorizadoras, investigadoras, eleboradoras de tecnología y profesoras de enfermería.

Las enfermeras están, y han estado, en posiciones ventajosas para contribuir al desarrollo constructivo de los servicios de salud a nivel comunitario, nacional e internacional. Tienen también amplios conocimientos sobre algunos problemas de atención a la salud. A veces, han ido en cabeza, entre los profesionales de la salud, en el uso de los nuevos conocimientos de otras áreas en su propia práctica. Dos ejemplos de esto son la aplicación por las enfermeras en el cuidado a los niños, en la década de 1940, de los descubrimientos de la época en el área del crecimiento y desarrollo infantil y los trabajos de las estudiosas sobre la dimensión interpersonal de la enfermería en los años 1950 y 1960.

Si el trabajo de las enfermeras debe continuar desarrollando y avanzando a la enfermería como un servicio de la salud, sus intereses y su talento deben dirigirse a ayudarles a entender cómo puede contribuir cada una al desarrollo, la validación y la difusión de los conocimientos de enfermería entre las propias enfermeras.

Etapas en la Comprensión de la Enfermería

El saber enfermero tiene su base en el mundo real y específico de las enfermeras y en la forma en que ellas lo manejan cuando funcionan en relación con los hombres, mujeres y niños a los que proporcionan cuidado. Un primer paso para comprender la enfermería consiste en responder a la pregunta: ¿Qué condición existe cuando se puede dictaminar con exactitud que los individuos tienen necesidad de cuidados de enfermería y pueden ser ayudados por medio de los mismos? La investigación de esta pregunta conduce a las enfermeras a conceptuar y expresar el *objeto propio* o el foco de la enfermería.

Objeto propio se utiliza en el sentido filosófico y científico como «aquello que es estudiado u observado, hacia lo que se dirige la acción para obtener información o provocar algunas condiciones nuevas».

A menudo, las enfermeras prestan cuidados a los mismos hombres, mujeres y niños que son atendidos por los médicos u otros profesionales de la salud. La enfermería es una forma distinta de atención porque su *objeto propio* difiere del de la medicina o cualquier otro servicio de salud (Orem, 1985, pp. 15-19).

El comienzo ideal para conocer la enfermería como un área del conocimiento y de la práctica es iniciarse y comprender *cuándo y porqué* la gente necesita cuidados de enfermería y puede ser ayudada por medio de ellos. Una vez que los alumnos o las enfermeras consigan interpretar ambas cosas, estarán en condiciones de poder identificar y comprender los elementos que intervienen en las situaciones de la práctica y las relaciones entre ellos. Sabrán que las enfermeras y los pacientes son las partes humanas de las situaciones de enfermería y sabrán también las condiciones que ponen a los pacientes en situación de necesidad de cuidados y, por tanto, por qué se convierten en objeto del interés y la atención de las enfermeras.

Dos definiciones de la enfermería que aparecieron en publicaciones profesionales en los EE.UU., en los años 1950, expresan claramente el *objeto propio* de la enfermería (Henderson, 1955; Orem, 1956 y 1959). 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.

Los seres humanos necesitan de la enfermería debido a limitaciones (derivadas de su salud o asociadas a la misma) para comprometerse en el auto-cuidado que requieren. El auto-cuidado se entiende como la realización por el propio individuo de medidas para regular las condiciones y los factores, internos y externos, que día a día, influyen en la vida, la salud y el bienestar. En el caso de la enfermería infantil, el niño necesita de la enfermería cuando sus padres o tutores no son capaces de proporcionarle el cuidado continuo que precisa, bien sea por el estado de salud del niño, bien por el tipo de cuidados que requiere.

La conceptualización, expresión y aceptación del objeto propio de la enfermería constituye para las enfermeras un paso esencial en la comprensión de la enfermería y en el avance hacia su formalización como una disciplina del conocimiento. El desarrollo de cualquier ciencia, incluidas las ciencias aplicadas o disciplinas prácticas, ocurre en etapas. Una etapa se entiende en términos del desarrollo de la comprensión de cosas específicas. Las etapas se identifican en relación con los tipos de datos y las representaciones implicadas en el desarrollo de las indagaciones y no en términos de las veces en que tiene lugar una indagación en particular.

Basándonos en la experiencia, se identifican y explican a continuación cinco etapas de desarrollo de la enfermería, considerando ésta como un campo práctico del conocimiento:

1. La etapa de identificación y conceptualización de las característi-

cas de pacientes y enfermeras que son constantes (siempre están presentes) en situaciones prácticas de la enfermería, dando nombre a estas características y expresando las relaciones entre ellas. Esta etapa finaliza con (A) la conceptualización de la enfermería como un interpersonal interactivo y (B) la conceptualización del producto de la enfermería, esto es, los sistemas de cuidados de enfermería. Los resultados de esta etapa se expresan como conceptos, modelos y teorías.

2. La etapa de búsqueda y establecimiento del margen de variación de las características constantes en las situaciones prácticas de la enfermería conceptualizadas en la etapa 1, por ejemplo, el tipo y la extensión de las limitaciones para comprometerse en el autocuidado.
3. La etapa de formulación y validación de modelos y pautas, tanto generales como específicos, para la práctica de la enfermería, por ejemplo, modelos de planes para cuidar a personas que experimentan pérdida de conocimiento.
4. La etapa de descripción de casos de enfermería, incluyendo la historia natural de su desarrollo y su margen de variación.
5. La etapa de formulación y validación de modelos y pautas para prestar cuidados a la población (ver fig. 1-2).

Cada etapa implica a las enfermeras en la recogida y uso de diferentes clases de datos y requiere que utilicen distintos tipos de representaciones en el manejo de los mismos, la reflexión y la elaboración del dictamen. Por ejemplo, en la etapa 1, las enfermeras deben representarse situaciones de ayuda, de intentos prácticos de sistemas de acciones producidas en el tiempo, de condiciones que deben cambiarse o que deben mantenerse. En la etapa 5, las enfermeras, en particular las administradoras, deben ser capaces de visualizar la totalidad de las diversas poblaciones de personas servidas por una institución de atención a la salud, cómo varían los miembros de las poblaciones en relación con las características que son relevantes para la enfermería y, también, qué tipo y cantidad de cuidados de enfermería requerirán los subgrupos dentro de cada población.

La comprensión de algunos de los puntos descritos para la etapa 1 es esencial para que las enfermeras avancen a las otras etapas. Una teoría general de enfermería que ha resultado de gran ayuda para que las enfermeras interpreten la enfermería y estructuren sus conocimientos es la *teoría de enfermería de déficit de auto-cuidado,* cuyo desarrollo se inició a finales de la década de los años 50, a partir de que Orem profundizara en sus indagaciones sobre cuándo y porqué los hombres, las mujeres y los niños requieren cuidados de enfermería. En la actualidad, su desarrollo continúa (ver Nursing Development Conference Group, 1997, pp. 105-180 y Orem, 1985, pp. 29-46).

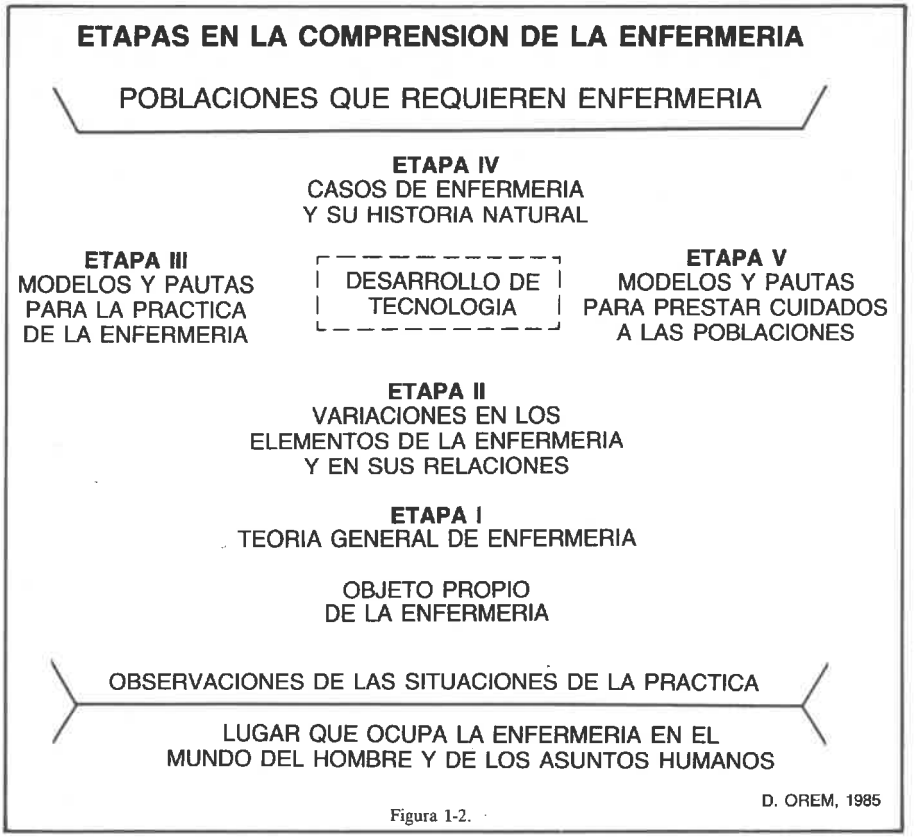


Figura 1-2.

La Teoría de Enfermería de Déficit de Auto-Cuidado

La enfermería, considerada tanto desde un punto de vista teórico como en forma concreta, constituye *una totalidad* que hay que comprender a partir de sus principios y conceptos y desde sus condiciones y acciones reales. El interés de las enfermeras por los modelos conceptuales y las teorías de enfermería es importante para conseguir avances en el saber enfermero. Las teorías generales de enfermería se centran en la totalidad de la enfermería, lo cual incluye tanto los elementos humanos esenciales en la práctica de la enfermería como las relaciones entre dichos elementos.

La teoría de *déficit de auto-cuidado* o de *auto-cuidado* es una teoría general de enfermería que expresa los principios universales de la enfermería en forma de conceptos y teorías. Tales principios no resultan obvios o están patentes, sino que van más allá del entendimiento común y son el resultado de las indagaciones realizadas por algunos individuos en investi-

gaciones, análisis y síntesis. Teorizadores, practicantes, estudiosos e investigadores utilizan esta teoría y contribuyen a su continuo desarrollo.

La teoría de enfermería de déficit de auto-cuidado proporciona a las enfermeras una forma de saber, de pensar, de diseñar y de producir enfermería para otras personas, y también un modo de comunicarse sobre enfermería. Ofrece a los profesores y educadores un núcleo de conocimiento teórico de enfermería que está haciendo posible el desarrollo de programas educativos basados en enfemería, que son diseñados para ayudar a los alumnos a alcanzar la capacidad para entender niveles básicos y superiores de la enfermería.Las enfermeras y los estudiantes de enfermería que se hacen estudiosos de la teoría de auto-cuidado se introducen, a través de una etapa de dominio estático de los conceptos de la teoría, en una etapa de conocimiento dinámico en la que entienden que la teoría explica de forma descriptiva las peculiaridades humanas, los acontecimientos y las condiciones y factores que son operativos en situaciones reales de la práctica de enfermería. Esta es la etapa de aceptación y apropiación de la teoría por las enfermeras.

Tres Teorías

La estructura conceptual de la teoría de enfermería de déficit de autocuidado se desarrolla en relación con los dos elementos humanos de cualquier situación de enfermería: la enfermera y el paciente de la enfermera. Las condiciones y factores que legitiman a los individuos como enfermeras y como pacientes de las enfermeras se conceptúan y expresan como *variables enfermera y paciente.* Ambos, enfermeras y pacientes, son considerados como agentes productores de acción que tienen las responsabilidades propias del papel que corresponde a cada uno dentro de las situaciones de enfermería.

Las enfermeras se caracterizan por tener la capacidad de prestar cuidados de enfermería a otros. Esta capacidad se denomina «agencia de enfermería».

Los pacientes se caracterizan por tener (A) demandas de acción sobre ellos para regular su propio funcionamiento por medio de cuidado personalizado continuo, y (B) capacidades desarrolladas para proporcionarse este cuidado, o una posibilidad de desarrollo de tales capacidades. Las capacidades de auto-cuidado desarrolladas pueden ser operativas o adecuadas o pueden no serlo en situaciones específicas.

La presencia en los individuos de incapacidades, derivadas de la salud o relacionadas con ella, para conseguir conocer y satisfacer las exigencias presentes o posibles de cuidado personalizado para regular su propio funcionamiento humano (auto-cuidado), da como resultado una relación deficitaria entre sus demandas de cuidado y sus capacidades para comprometerse en el mismo. Este tipo de relación deficitaria entre el cuidado nece-

sario (demanda de auto-cuidado terapéutico) y las capacidades para el cuidado de los propios individuos (agencia de auto-cuidado) se denomina *déficit de auto-cuidado*. La presencia de un déficit de auto-cuidado derivado de la salud o asociado con ella es el indicador de la presencia de una necesidad de enfermería. La teoría del *auto-cuidado* y la teoría del *déficit de auto-cuidado* son partes que constituyen la *teoría de enfermería de déficit de auto-cuidado*. Las ideas centrales de esas dos partes de la teoría orientadas al paciente se expresan en los siguientes puntos.

Teoría de Auto-Cuidado. La idea central de esta teoría explica el auto-cuidado como una función humana reguladora.

> La madurez de las personas adultas contribuye a la regulación de su propio funcionamiento y desarrollo y a la prevención, control o alivio de la enfermedad y la lesión y sus efectos, por medio de la realización, dentro del contexto de su actividad de cada día, de acciones aprendidas, dirigidas a ellos mismos o a sus propios ambientes, que se sabe o se asume que tienen efecto regulador sobre su funcionamiento humano y su desarrollo.

El auto-cuidado como función humana reguladora se considera análogo a los procedimientos reguladores neuroendocrinos. También es considerado como un comportamiento o conducta adquirida o una acción deliberada, aprendida en los grupos sociales dentro del contexto al que pertenece y en el que interacciona el individuo.

Teoría de Déficit de Auto-Cuidado. La idea central de esta teoría expresa cuándo y porqué la gente necesita enfermería de ella.

> La agencia de auto-cuidado de los individuos maduros o en vías de madurez, en sus relaciones con su propio conocimiento y satisfacción de sus demandas de auto-cuidado terapéutico, puede verse afectada de forma adversa por condiciones asociadas a la salud y factores, internos o externos de tales individuos, que convierten su agencia de auto-cuidado en no-operativa, total o parcialmente, o en inadecuada, cuantitativa y cualitativamente, para conocer y satisfacer sus demandas de auto-cuidado terapéutico, dando lugar con ello a auténticos requerimientos de cuidados de enfermería.

La teoría de déficit de auto-cuidado expresa una relación entre las dos variables paciente: demanda de auto-cuidado terapéutico y agencia de auto-cuidado. La existencia de una relación deficitaria entre el auto-cuidado precisado por los pacientes y sus capacidades de auto-cuidado legitima una relación enfermera-paciente.

Teoría de Sistema de Enfermería. Esta teoría pone la variable enfermera «agencia de enfermería» en relación con las dos variables paciente «agencia de auto-cuidado» y «demanda de auto-cuidado terapéutico». La teoría está orientada tecnológicamente al trabajo propio de las enfermeras, que tiene lugar dentro de un marco de características interpersonales y sociales más amplias.

> Todos los sistemas de acción que son sistemas de enfermería son producidos por las enfermeras por medio del ejercicio de su agencia de enfermería, dentro del contexto de sus relaciones contractuales e interpersonal con individuos que se caracterizan por déficit de auto-cuidados relacionados con la salud, con el propósito de asegurar que sus demandas de auto-cuidado terapéutico son conocidas y satisfechas y su agencia de auto-cuidado es protegida o su ejercicio o desarrollo regulados.

Las enfermeras hacen sistemas de enfermería cuando llevan a cabo el proceso de operaciones de la práctica de la enfermería denominadas diagnóstico, prescripción y ejecución de los cuidados de enfermería. La teoría de enfermería de déficit de auto-cuidado da orientación y estructura a estas operaciones (ver Orem, 1985, pp. 222-240).

Un Modelo Conceptual

Los elementos esenciales de enfermería expresados en la idea central de los tres componentes teóricos de la teoría de enfermería de déficit de auto-cuidado forman un círculo de términos y relaciones, un modelo de enfermería (ver fig. 1-3). Las variables paciente «demanda de auto-cuidado terapéutico» y «agencia de auto-cuidado» están en relación la una con la otra. Los valores de auto-cuidado terapéutico de la persona producen una relación deficitaria entre las dos variables.

Las enfermeras utilizan su «agencia de enfermería» para determinar los valores de las dos variables paciente y las relaciones entre ellas. También utilizan su agencia de enfermería para asegurar que se satisfacen las demandas de auto-cuidado terapéutico de los pacientes y que se regula el desarrollo de la actuación de la agencia de Auto-cuidado de los propios pacientes.

Los valores de las dos variables paciente y la variable enfermera se ven afectados por un número de condiciones y factores internos y externos a los elementos «persona» de las situaciones de enfermería. Estas condiciones y factores son denominados colectivamente «factores condicionantes básicos» e incluyen: condiciones del ambiente físico, edad, sexo, etapa del desarrollo, estado de salud, factores del sistema familiar, del sistema de

ESTRUCTURA CONCEPTUAL:

TEORIA DE ENFERMERIA DE DEFICIT DE AUTO-CUIDADO

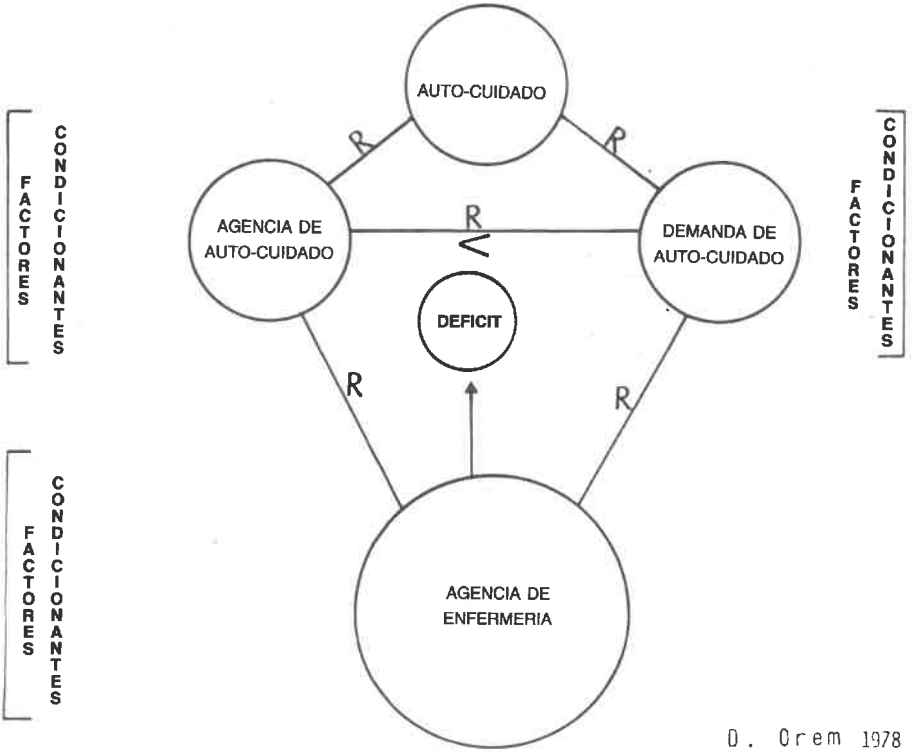


Figura 1-3.

atención a la salud factores socio-económicos, orientaciones culturales, recursos.

Las enfermeras producen cuidados de enfermería por medio de operaciones de indagación y de valoración para determinar en los individuos; qué auto-cuidado se realiza; qué auto-cuidado se requiere; y qué están haciendo los pacientes, o no están haciendo, o no son capaces de hacer, con respecto conocer y satisfacer sus requisitos para una regulación funcional (requisitos de auto-cuidado) a través de la realización eficaz de medidas de cuidados.

Las enfermeras también producen cuidados de enfermería cuando hacen juicios y toman decisiones para ayudar a los pacientes a comprender (A) el cuidado que ellos realizan y (B) cómo este cuidado puede ser proporcionado bajo las condiciones y circunstancias existentes.

Finalmente, las enfermeras producen cuidados de enfermería cuando ayudan a los pacientes o a los miembros de sus familias a conocer y satisfacer las demandas de cuidado de cada día y a regular el ejercicio o el desarrollo de las capacidades del paciente para satisfacer sus propias demandas de cuidados.

La producción de cuidados para los pacientes por parte de las enfermeras puede ser de forma de sistemas de cuidado compensatorio total o parcial o en forma de sistemas educativos de apoyo (Orem, 1985, pp. 152-159).

El Futuro de la Enfermería

La opinión expresada en este documento es que el futuro de la enfermería como profesión o como ocupación en los países de todo el mundo depende fundamentalmente de lo que las enfermeras hagan para avanzar en el desarrollo de la enfermería como una disciplina del conocimiento, con reconocimiento del objeto propio de la enfermería. El fallo en hacerlo perpetuará la opinión, tan extendida en el tiempo, de que enfermería es simplemente la realización de tareas repetitivas prescritas, tales como la higiene o la alimentación, o sistemas de cuidados estructurados, como es el cuidado postoperatorio.

Las enfermeras cuyos conocimientos de enfermería están elaborados fundamentalmente en forma de tareas o sistemas de cuidados aumentan estos conocimientos aprendiendo a realizar nuevas tareas. Este no es un enfoque estimulante o satisfactorio, ni económica ni intelectualmente para que las enfermeras progresen en enfermería. Tampoco ofrece resultados de enfermería válidos ni creativos. Las enfermeras deben conocer las situaciones concretas de la práctica de los cuidados desde una perspectiva de enfermería. Incluso una perspectiva de servicios de salud no resulta adecuada para el logro de resultados de enfermería. Es fundamental que las enfermeras sepan por qué y cuándo la gente necesita y puede ser ayudada por medio de la enfermería.

Las enfermeras pueden utilizar una teoría general de enfermería válida para dar forma y contenido a la enfermería como una disciplina del conocimiento, incluyendo tanto el conocimiento orientado teóricamente como el orientado clínicamente. Una teoría generalizable válida ofrece no sólo las bases para estructurar la información de enfermería, sino también cuestiones para ser indagadas por los estudiosos e investigadores.

El profesorado y los directivos de las instituciones de enseñanza de la enfermería deben entender y tomar en consideración la clase de ideas e indagaciones sobre enfermería que deben desarrollar los estudiosos que se preparan para misiones profesionales específicas, con el fin de que sean eficaces en su cumplimiento. Deben ser capaces de estructurar y progra-

mar las enseñanzas de acuerdo con los conocimientos válidos de enfermería que estén a su alcance. El dominio y la habilidad para el continuo desarrollo de una teoría general de enfermería contrastada es esencial para conseguirlo.

Es importante reconocer y esforzarse para ayudar a las enfermeras y estudiantes de enfermería a ocupar los «roles» identificados como necesarios para mantener la enfermería viable en la sociedad. De igual importancia es entender que la enfermería es una disciplina práctica y tanto el conocimiento teóricamente práctico como el clínicamente práctico deben ser estructurados y validados.

REFERENCIAS

HARMER, B. Revised by HENDERSON, V.: *A Textbook of principles and practice of nursing* (5th ed.), New York: Mcmillan, 1955.

Nursing Development Conference Group. Concep formalization in nursing: process and product (2nd ed.), edited by D. E. Orem. Boston: Little Brown, 1979.

OREM, D.: *Hospital nursing service, an analysis: Indiana State Boerd of Health.* Indianapolis, Indiana, 1956.

OREM, D.: *Guides for development of curricula for the education of practical nurses.* U. S. Department of Health Education and Welfare. Washington, D. C.: U. S. Government Printing Office, 1959.

OREM, D.: *Nursing: Concepts of practice.* (3rd ed.), Mew York: McGraw-Hill, 1985. (N. T. La 2.ª ecición de este libro está traducida al castellano con el título «Normas prácticas de Enfermería». Ed. Pirámide. Madrid, 1983).

MESA REDONDA

¿QUIEN DIRIGE LA ENFERMERIA?

PARTICIPANTES:

MAXIMO A. GONZALEZ JURADO
Presidente del Consejo general de Colegios de A.T.S. y D.E.

DULCE FUENMAYOR
Presidenta Asociació Catalana d'Infermeria.

ROSA BLASCO SANTAMARIA
Vicepresidente Asociación Española de Enfermería Docente.

¿QUIEN DIRIGE LA ENFERMERIA?

Máximo A. González Jurado
Presidencia del Consejo General
de Colegios de A.T.S.
y Diplomados en Enfermería

INTRODUCCION

En esta ponencia me gustaría compartir con ustedes algunos conceptos de la dirección de la Enfermería especialmente relacionados primero, con la necesidad de liderazgo profesional; segundo, con el origen del liderazgo de la organización colegial; tercero, el liderazgo y duración en un mundo cambiante y, cuarto, estrategias que la organización colegial está utilizando para desarrollar planteamientos de futuro.

Conceptos de liderazgo

El concepto actual de dirección, especialmente cuando se relaciona con un grupo de profesionales, implica que se desarrolle un verdadero liderazgo profesional. Hasta tal punto es esencial la capacidad de liderazgo para la dirección, que hay día la mayoría de las publicaciones sobre el tema usan estos términos de forma intercambiable.

En la última década el desarollo del liderazgo de los representantes elegidos en las Asociaciones Nacionales de Enfermeras/os y Organizaciones Colegiales, ha sido uno de los objetivos prioritarios del C.I.E. y de cada una de las organizaciones nacionales pertenecientes a este organismo.

En este sentido, se han realizado varias actividades internaciones con el propósito específico de «examinar el desarrollo del liderazgo de los representantes elegidos y del personal de las asociaciones miembros». Así mismo, lo Organización Mundial de la Salud se ha preocupado muy especialmente, junto con el C.I.E. y otras instituciones internacionales, de desarrollar el liderazgo de Enfermería para la Atención Primaria: ejemplos de estas actividades son las conferencias internacionales de Tokio y la Universidad de Illinois, Chicago.

Todas estas organizaciones han identificado la necesidad esencial de desarrollar el liderazgo de los dirigentes de las asociaciones y organizaciones nacionales de Enfermería para que:

1. Desarrollen su potencial y puedan influir en las transformaciones deseadas.
2. Que tengan un profundo conocimiento de la realidad.
3. Desarrollen la capacidad de comunicación.
4. Fundamentalmente que sean capaces de asumir los riesgos implícitos en el cambio.

Un líder de estas características debe poseer una visión clara de los cambios y tendencias en el orden social, político, económico y en el campo de la salud y Enfermería para tener una perspectiva del futuro y orientar la acción. Según la O.M.S., en el futuro se necesitarán en Enfermería un gran número de líderes que puedan iniciar nuevas formas de atención de Enfermería, introducir cambios, generar nuevos conocimientos y ayudar a utilizar el potencial de Enfermería para liderar su propio futuro y contribuir al movimiento de «salud para todos».

¿De dónde emana la autoridad de la organización colegial para dirigir la profesión?

La literatura existente sobre características esenciales de un profesional, evidencia que una de las mayoritariamente aceptadas es que el auténtico profesional adquiere un compromiso con su profesión para contribuir con sus colegas al desarrollo y mejoramiento continuo de su profesión.

Uno de los mecanismos que utilizan los profesionales para cumplir con este compromiso es el de asociarse y trabajar con un propósito para alcanzar metas comunes. Este proceso de asociaciones para trabajar por el desarrollo profesional tiene características diferentes en cada país y culturas, naturaleza y estructuras específicas, y una forma diferente de liderazgo profesional.

En nuestro país la Organización Colegial de Enfermería es una Corporación de Derecho Público según la Ley de Colegios Profesionales y la Constitución Española.

Esta ley proporciona una estructura legal que rige para todas las profesiones; de acuerdo con la ley vigente, en cada provincia los enfermeros/as eligen las Juntas de Gobierno que tienen la función de dirigir la profesión y afrontar los problemas profesionales en su área. A la vez, los colegios profesionales eligen los miembros que ostentan la representatividad en el ámbito estatal e internacional. En este proceso cada enfermero/a ejerce su propio liderazgo, ya que a través del voto está diciendo quiénes son sus representantes para dirigir la profesión.

En resumen, el liderazgo de la Organización Colegial emana del hecho de ser miembros elegidos democráticamente por los enfermeros/as y de ellos deriva su autoridad para representarlos.

Liderazgo y dirección en un mundo cambiante

La velocidad con que se suceden los cambios sociales, educacionales, tecnológicos, científicos y la forma como éstos inter-actúan, obligan a las comunidades, organizaciones y los individuos a analizar y tratar de comprender lo que está sucediendo dentro de ellos y a su alrededor. Según Harold Bridger, esta situación intensifica aún más las dificultades para planificar, coordinar y controlar las actividades de una organización y lograr una eficacia, ya que se debe aprender a hacer frente a nuevos problemas, comprender las fuerzas y factores que les afectan continuamente, y saber utilizar mecanismos reguladores para reducir la incertidumbre que esto produce. Esta situación de continuo cambio ha determinado, a su vez, cambios significativos en la naturaleza y carácter del liderazgo. De ahí que todas las profesiones y organizaciones se encuentren en un proceso de reconsiderar el liderazgo que están desarrollando. Sin embargo, la mayoría únicamente reacciona al cambio, en vez de analizar y llevar a efecto el cambio necesario. El C.I.E., en la conferencia de «Desarrollo de Liderazgo en las Asociaciones de Enfermeros», octubre 6-8, 1986, Sheppaton, Inglaterra, estimó que la enfermería y los enfermeros/as eran la única profesión que estaba realizando un verdadero esfuerzo de «re-pensar», fundamentalmente para introducir cambios. Hay que reconocer que el liderazgo necesario para introducir estos cambios, en nuestro caso pasa por:

1. Ser capaces de afianzar la flexibilidad, independencia y autonomía de la profesión y fortalecer la organización colegial.
2. Analizar la estructura de la organización y adaptarla para facilitar las acciones progresivas hacia el fortalecimiento.
3. Tener una visión global de la situación real dentro de la profesión y del contexto nacional e internacional donde se desarrolla para decidir sobre las acciones futuras en el campo de la Enfermería, de la salud y el desarrollo socio-político y económico.
4. Ser capaz de motivar y apoyar las iniciativas conducentes a que todos los profesionales, identifiquen propósitos comunes y se unan para trabajar por ellos.
5. Promover y obtener el apoyo de otros sectores y grupos sociales para acelerar los procesos de desarrollo profesional que permitan mejorar el nivel de salud de la población.
6. Tener conocimiento claro de la realidad, lo cual implica identificar las expectativas de los profesionales en sus diversos campos del ejercicio profesional.
7. Conocer los recursos financieros con que se cuenta para establecer prioridades en cuanto a los objetivos a alcanzar a corto, medio y largo plazo, ya que los recursos no son ilimitados.
8. Reconocer que así como el cambio es un proceso inevitable en

toda organización profesional, por lo tanto, en la nuestra también son inevitables problemas que surgen de este proceso.

9. Reconocer que la Organización Colegial es uno de los principales promotores del cambio para el desarrollo de la profesión, por lo que se requiere:

   - Hacer planes a corto, medio y largo plazo.
   - Establecer estrategias para promover el cambio y afrontar los problemas que se derivan de ella.
   - Explotar la voluntad de capacidad y compromiso profesional de los diversos líderes para involucrarse en este proceso y compromiso de toda la profesión.

10. En este movimiento hacia la consecución de un liderazgo adecuado para el desarrollo de la profesión se requiere que los líderes trabajen por el fortalecimiento de la Organización Colegial, promocionen la unidad del grupo profesional, el desarrollo de la creatividad y la capacidad de inter-actuar y movilizar a los profesionales hacia *metas comunes.*

El liderazgo por sí mismo no tiene razón de ser, es esencial que exista un propósito para ejercerlo, y este *propósito* de la Organización Colegial debe ser primordialmente mantener unidos a todos los profesionales de Enfermería como una fuerza social capaz de promover y conseguir los cambios necesarios en la Enfermería y el campo de la salud, para lo cual es necesario enfocar su acción específica en las áreas de:

— El ejercicio de la Enfermería.
— La educación para el ejercicio profesional y
— El bienestar socioeconómico de los enfermeros/as.

Para abordar esta acción hacia el futuro es necesario partir del análisis de la situación presente, identificar indicadores de cambio, y las repercusiones que puedan tener en el cambio y evolución profesional, para establecer estrategias válidas.

Esto supone llevar a cabo un análisis de los cambios sociales, políticos y económicos, de las tendencias en el campo de la salud y Enfermería, de la evolución del marco conceptual de la profesión los valores y expectativas de los profesionales en el campo profesional y de bienestar socio-económico; partiendo de este análisis se puede hacer una prospección de futuro e identificar estrategias adecuadas para iniciar las acciones necesarias.

Estrategias

El Consejo General ha identificado y puesto en práctica una serie de estrategias para desarrollar el liderazgo y llevar a cabo este movimiento del presente hacia el futuro. Entre otras mencionamos las prioritarias:

1. *Análisis y prospección de futuro con participación de todos los sectores implicados en el desarrollo de la Enfermería.*

La Organización Colegial en base a su firme convicción de la necesidad de cambio en el liderazgo de la profesión ha planificado reunir a los profesionales de diversos sectores del ejercicio profesional de la Enfermería para hacer conjuntamente unas «Jornadas de Reflexión» que sirvan para examinar la situación presente, definir metas y establecer líneas de actuación en las siguientes áreas:

Definición de:

- Marco conceptual de la profesión de Enfermería.
- Reestructuración de la organización colegial.
- Liderazgo e imagen.
- Relaciones institucionales, nacionales e internacionales.

En cada uno de estos temas los profesionales discutirán la situación actual, las nuevas tendencias que le afectan, identificarán áreas críticas y sugerirán líneas de acción futuras y estrategias para la acción.

Se espera que los profesionales participantes colaboren con su voluntad de aunar esfuerzos, con sus conocimientos y experiencias profesionales, con su capacidad de liderazgo y su creatividad, para encontrar caminos e iniciativas que ayuden a conformar el futuro, que en definitiva es una responsabilidad de los líderes y de todos los profesionales conjuntamente.

2. *Redes de colaboración e información*

Esta estrategia para el desarrollo del liderazgo la ha utilizado el Consejo General de Enfermería por medio de las actividades siguientes:

A nivel nacional:

a) Manteniendo informados a través de la revista, informes, dossier de prensa y demás comunicaciones a los órganos de gobierno de

todos los colegios y colegiados, instituciones de salud y educación, sobre todas las cuestiones de actualidad que afectan a la enfermería y la salud de la población.

A nivel internacional:

a) Manteniendo comunicaciones fluídas con todos los organismos internacionales de enfermería y relaciones con la salud. Obteniendo información sobre actividades internacionales y haciendo llegar toda esta información a todas las instituciones nacionales, colegios y colegiados.
b) Llevando a cabo actividades internacionales y proyectos comunes con CIE y OMS. Y participando activamente en todos los organismos europeos de Enfermería.

3. *Trabajar con los diferentes grupos de especialistas para afianzar la unidad y el fortalecimiento de los enfermeros/as*

En este sentido la organización colegial ha venido trabajando desde (fecha) con las asociaciones de especialistas en diversas formas, entre otras:

A. Procurando su participación en el desarrollo el decreto de especialidades.
B. Negociando con el Ministerio de Educación y Salud el decreto de especialidades.
C. Enviando información sobre las directivas y recomendaciones de la C.E.E. y la información y documentos elaborados en el país en relación con la educación de enfermeras y especialidades.
D. Facilitando su colaboración para el desarrollo de documentos de la organización colegial, que puedan ser utilizadas como documentos de trabajo para el desarrollo de especialidades.

4. *Identificar y promocionar los líderes para el desarrollo de liderazgo de Enfermería*

A. Por medio de congresos seminarios y trabajos de grupo.

Ejemplos:

a.1. En junio de 1986, el Consejo General auspició el Taller Europeo del C.I.E. «Promover el liderazgo de Enfermería

para la Atención Primaria de salud», en el cual participaron los países europeos y se dio la oportunidad de participar a líderes de Enfermería que están en posiciones e la Administración y la Organización Colegial.

a.2. Por medio de la comunicación e información del campo de la Enfermería y de la salud.

El Consejo General desde hace cuatro años ha establecido un sistema de comunicación e información a todos sus líderes e instituciones educativas y asistenciales, por el cual hace llegar la información nacional e internacional.

a.3. Apoyo al desarrollo de los Foros en las autonomías y a los colegios referentes a los 38 objetivos de la O.M.S. para la región europea.

a.4. Desarrollo de un Taller de Información de asuntos internacionales, diciembre de 1986, en Málaga para todos los Colegios.

a.5. Programación de la candidatura de España a la elección de Sede del Congreso Internacional del C.I.E., ganada en Nueva Zelanda en agosto de 1987. Lo cual abre unas perspectivas de desarrollo y participación de la Enfermería española en el contexto mundial.

5. *Fortalecer la educación de Enfermería y promover la investigación*

El Consejo tiene la convicción de que la educación de los profesionales es decisiva para la formación de los líderes del futuro, por lo que desarrolla una acción intensiva en este campo, reflejada en actividades, tales como:

A. Negociaciones con los respectivos Ministerios de Salud y Educación para la legislación correspondiente.
B. En la preparación y publicación de documentos con diversos grupos implicados.
C. En la participación de grupos de trabajo: Comisión IX para elaborar la propuesta de directrices para modificación de los estudios y en las Comisiones de Especialidades.
D. Desarrollo de programas de educación continuada.
E. Participación en el Grupo de Investigadoras Europeas y diseminación de los informes de investigación en Enfermería.

6. *Movilización para promover los cambios legialativos*

Uno de los aspectos que más fortalece una profesión es la de obtener una legislación congruente con su ejercicio profesional y con la educación que demanda la sociedad. En consecuencia el Consejo General ha empleado gran cantidad de esfuerzo hacia la consecución de una nueva Ley de Ejercicio Profesional de la Enfermería y ha tratado de conciliar a todos los sectores de la Enfermería para que unánimemente trabajen hacia esa meta tan indispensable para ese futuro que todos deseamos.

También, como grupo profesional, tenemos mucho que decir en los aspectos del desarrollo de la Ley General de Sanidad, ya que conformamos la mayor fuerza socio-laboral del campo de la salud para lograr las metas de salud para la población. Por lo que se han hecho declaraciones publicadas de la posición de Enfermería ante la Ley General de Sanidad y la Atención Primaria.

De igual forma que, en el campo internacional se ha contribuido a desarrollar (nuestra aportación) el liderazgo de Enfermería, especialmente a través de nuestra aportación a los diversos Grupos Europeos, de Enfermería y a los de la Organización Colegial, C.E.E. y del C.I.E., al que pertenece la O.C.E., para establecer políticas y normativas que hagan un impacto positivo en la Enfermería y mejoren sus perspectivas futuras.

En conclusión, tenemos un reto para dirigir la Enfermería y desarrollar nuevas formas de liderazgo, utilizando diversos mecanismos y estrategias y especialmente uniéndonos todos los profesionales en busca de metas comunes que nos permitan aunar los esfuerzos y dirigir nuestra energía hacia su consecución.

Estamos en una etapa de transición hacia nuevos valores de la Enfermería, nuevos modelos de atención, nuevos valores y nuevas metas en el campo de la salud, de nuestra firme voluntad para asumir nuestra responsabilidad y desarrollar nuestra capacidad de liderazgo dependerá, en gran parte, que a partir de esta situación podamos forjar nuevos horizontes para la Enfermería.

¿QUIEN DIRIGE LA ENFERMERIA?

Dulce Fuenmayor
Presidenta
Asociació Catalana d'Infermeria

INTRODUCCION

Deseo agradecer en nombre de la ASSOCIACIO CATALANA D'INFERMERIA a la Junta de la A.E.E.D. su gentileza al invitar a nuestra associacio a participar en esta Mesa.

Debo señalar que mi personal presencia es consecuencia de un hecho luctuoso que todas conocéis, el fallecimiento de nuestra presidenta Carolina Meléndez; ella era quien debía estar aquí, ésta y otras cosas quedaron pendientes, pero la institución que Carolina ayudó a crear está demostrando su madurez y su fuerza al situarse por encima de hechos y personas conquistando los objetivos marcados, con paso firme y seguro.

Esta introducción que creo era necesario hacer, se relaciona además perfectamente con la prengunta que se ha puesto sobre la mesa y que ha sido el «leit motif» de las jornadas:

¿QUIEN DIRIGE LA ENFERMERIA?

Quizás a estas alturas de la reunión la incógnita está resuelta y este escrito no tenga razón de ser o se halle fuera de contexto, si es así, prometo rectificar y dar mi opinión sobre el tema en el transcurso de la exposición sin ajustarme totalmente a lo que aquí dejo escrito.

Al reflexionar sobre el interrogante planteado, me doy cuenta de que, ante todo, ésta es una pregunta que era necesario hacerse.

Es muy beneficioso, de vez en cuando, hacer un alto en el camino e interrogarnos sobre puntos cruciales que afectan a la profesión, es más, creo que las personas que, por elección o por nominación, tenemos responsabilidades de liderazgo profesional, deberíamos hacer este ejercicio obligatoriamente. Muchas veces llevados por el agobio del día perdemos la visión panorámica y se nos desdibuja el puzzle que, pieza a pieza queremos construir. Por todo ello, bienvenidas sean estas Jornadas que nos permiten pararnos, pensar y posiblemente retomar el hilo conductor de nuestras acciones.

ANTECEDENTES HISTORICOS

Para empezar a responder creo que es positivo volver la vista atrás y dar una ojeada a nuestro pasado más próximo, ¿veinte años quizás?

Veinte años son una gota de agua en la historia, pero nuestros últimos veinte años han sido una intensa gota de nuestra historia.

¿Quién dirige la Enfermería en la segunda mitad de los años 60?

Diez años después de la reforma de esrudios que supuso la creación de la figura de la A.T.S. (Ayudante Técnico Sanitario), nos encontramos con unos profesionales que son preparados para, sobre todo, realizar técnicas, en este caso el hábito sí estaba haciendo al monje, otros, que no las enfermeras, habían decidido dirigir nuestro destino hacia la técnica pura, hasta el nombre nos quitaron. Así, el plan de estudios se ajustaba perfectamente a lo que se pretendía conseguir, personal asistencial con los conocimientos técnicos suficientes para complementar la asistencia médica de los pacientes. No hacíamos Enfermería. Nuestras acciones no se dirigían al cuidado integral de la persona. Eramos: **ayudantes** (del médico), **técnicos** (no enfermeras), **sanitarios** (obviamente trabajamos en el campo de la sanidad).

Este fue el producto de una Enfermería dirigida por otra profesión, la médica, y por los políticos de turno que respondían con su acción política a los grupos de presión del momento, ninguno de los cuales, por descontado, era de enfermeras.

No obstante, no fueron estos grupos dirigentes lo suficientemente fuertes ni hábiles en su acción como para destruir totalmente el sentido y la conciencia de profesión en nuestro colectivo.

Algunas Escuelas de A.T.S. consiguieron introducir en sus particulares programas, asignaturas tales como Enfermería fundamental, historia de Enfermería ampiada, atención personalizada. Eran escuelas en las que las direcciones, en manos médicas, daban autonomía a las jefes de Estudios que eran enfermeras para amoldar el programa a las expectativas de la profesión. Fue ésta, casi una labor de zapa que ayudó a que una parte de las A.T.S. que llegaban a los hospitales tuvieran, además, de conocimientos técnicos una cierta base de Enfermería.

Es en 1970, con la publicación de la Ley General de Educación, cuando pequeños grupos de enfermeras respaldadas por los Colegios Profesionales, vieron la oportunidad, aprovechando los cauces que la ley ofrecía de mejorar los conocimientos y alcanzar el nivel universitario.

Esto que aquí se explica con tanta rapidez, representó un esfuerzo titánico, una lucha contra todos los poderes institutivos.

Se intentó, de nuevo desde sectores ajenos, dirigirnos hacia una especie de Medicina de segundo orden o básica y llamarnos técnicos en Medici-

na y Cirugía y nosotros deseábamos estudios de Enfermería. No quisimos ser pequeños médicos, sino grandes enfermeras.

La batalla se ganó gracias al esfuerzo de unos cuantos a los que debo reconocer aquí y ahora su capacidad para dirigir la profesión.

Esta pincelada de la historia no ha pretendido otra cosa que mostrar cómo nuestra profesión siempre ha sido «un objeto del deseo». Todos desean dominarla y dirigirla y nosotros hemos tenido que luchar continuamente para que esto no suceda. Reivindicamos tales como las direcciones de Enfermería de los hospitales, por ejemplo, han sido objeto también de grandes y largas luchas. Años hace que duran y aún no hemos logrado consolidarlas ni llenarlas de contenido real. ¿Por qué? Creo que todos conocemos la respuesta, permitir la autonomía de la Enfermería es perder una parte importante de poder.

¿Y ahora? ¿Quién dirige la Enfermería ahora?

En su momento logramos alcanzar el gran objetivo: las Escuelas Universitarias de Enfermería.

Pero, ¿qué está pasando con estas/estos universitarias/os a los que hemos preparado para otra Enfermería mucho más científica, más completa, más humana, más cercana a las reales necesidades de la persona?

¿Se dan las condiciones necesarias en los hospitales o en las áreas de salud para que puedan ejercer?

¿No son mas bien trabajadores eventuales que van de centro sanitario a centro sanitario hasta que pueden acogerse al paro?

¿Han mejorado o han podido mejorar las nuevas generaciones los cuidados al usuario?

¿Adónde va el esfuerzo económico y humano de la formación universitaria de las enfermeras?

La crisis económica en la que andamos inmersos casi desde las mismas fechas de la entrada en vigor de los estudios universitarios parece ser el motivo más importante para que no se concreten en realidad nuestros sueños.

¿Se dirige, por tanto, la Enfermería desde criterios económicos?

Las enfermeras somos víctimas propiciatorias de la «reconversión sanitaria». Reducir coste es sinónimo de ajuste de plantilla. Y en sanidad todos sabemos de qué plantillas estamos hablando.

Debemos preguntarnos: hasta qué punto somos responsables de la frustación profesional de nuestros jóvenes preparados para dar un servicio que nadie les pide porque nuestros centros sanitarios no han asumido todavía lo que la Enfermería es?

CONCLUSION

El colectivo de Enfermería es básico para el funcionamiento de la sanidad y esa es nuestra fuerza.

Una Enfermería de bases científicas, sólida, consciente de su papel, debe luchar para evitar ser dirigida y manipulada por otros intereses que no sean los nuestros y los de la sociedad a la que nos debemos.

Hemos de prepararnos para los importantes cambios a los que el futuro nos enfrenta. La introducción de las nuevas tecnologías, la informatización de los cuidados, son retos a los que debemos dar respuesta desde la profesión. La formación en estas áreas se hace tan imprescondible como orientar nuestra ética hacia su correcta utilización.

Poder discutir de igual a igual con los más cualificados exponentes de la sociedad no será posible mientras nuestra formación esté detenida en el primer ciclo de la Universidad.

Licenciados y doctores en Enfermería poseerán la base de conocimientos y el reconocimiento social necesario para hacer oír su voz en régimen de paridad en todos los foros donde se discuta de salud. Y, sobre todo, serán la élite dirigente de la profesión nuestra élite dirigente.

No olvidemos, sin embargo, que al afirmar nuestro derecho y nuestro deber de dirigir la Enfermería estamos aceptando un compromiso al cual deberemos dar respuesta con la acción.

Creo terminado el tiempo en que debíamos definir nuestro papel, el tiempo que nos planteábamos quienes éramos y qué lugar ocupábamos en el mundo de la sanidad.

Es hora de pasar a la acción, de concretar en hechos el cambio de filosofía. Si hemos hecho nuestros unos nuevos conceptos empecemos a aplicarlos en nuestras áreas de ejercicio, porque sin nosotros no lo hacemos, otros vendrán, nos dirigirán y con la política de hechos consumados, nos impondrán la Enfermería que más les convenga.

Desde aquí, por tanto, lanzo la llamada a todos los que representamos a la Enfermería.

Asociaciones monográficas como la A.E.E.D., Colegios Profesionales, sindicatos, asociaciones autonómicas como la que yo represento, para que nos unamos en el esfuerzo y demos respuesta a lo que se espera de nosotros:

Que dirijamos la Enfermería española hacia el siglo XXI.

El ejemplo de aquellos que nos precedieron como Carolina Meléndez, así nos lo demanda y las generaciones futuras serán quienes nos juzguen.

1.ª Comunicación

DE UN LIDER LEGITIMO HACIA UN LIDER NATURAL

Concepción Fernández Junco
Profesora de Enfermería Básica.
Escuela Universitaria
«Virgen de las Nieves».
S.A.S. Granada

Históricamente el liderazgo se ha contemplado como un hecho social, unas veces admirado y otras rechazado, según los diferentes puntos de vista, siendo una de las actividades humanas más observadas, alabadas o criticadas; sin embargo, su definición es difícil, ya que a menudo se asocia a otras cualidades como la belleza, el carisma, el dominio, etc.

En la actualidad una de las aproximaciones conceptuales más aceptada, define el liderazgo, como la cualidad que tiene una persona, para hacer que otros hagan cosas. Otras definiciones oficiales incluyen términos como «la posición de un jefe o guía», incluyen verbos como conducir, guiar, etc.

Lo que a estas alturas de nuestro desarrollo social sí está claro, es que la figura del líder es necesaria en todo grupo humano, ya sea grande o pequeño, para que funcione con cierto grado de eficacia; de hecho, querido o rechazado, el líder en la actualidad, siempre está presente.

Existen varios tipos de liderazgo:

* LEGITIMO: Es el líder respaldado por un nombramiento oficial.
* EXPERTO: Es el líder que adquiere su estatus a través del conocimiento de determinadas cuestiones, que no conocen los demás.
* NATURAL: Es seguido a través de su conocimiento de las cuestiones que interesan a un grupo, por su carisma o por su valía personal.
* PREMIADOR: Obtiene la hegemonía en el grupo a través de premios o recompensas de diversa índole.
* CASTIGADOR: Al contrario del anterior, obtiene el liderazgo ejerciendo el castigo,

El liderazgo puede ejercerse de diversas formas, unas veces consciente y otras inconscientemente; W. Reddin hace una definición bastante completa, de los estilos, basándose en investigaciones, realizadas en el campo industrial; describe ocho estilos de liderazgo, que resultan de la combinación de tres características principales:

1.ª) Orientación hacia la tarea:

El líder impulsado por esta característica tiene como preocupación principal los objetivos propios y los de la empresa donde desarrolla su acti-

vidad. Se preocupa por el desarrollo tecnológico, la gestión y la cantidad y calidad del trabajo.

2.ª) Orientación hacia las personas:

Promociona, fundamentalmente, la cooperación entre los individuos de la organización, atendiendo principalmente a los problemas humanos.

3.ª) Orientación hacia la eficacia:

Es la capacidad para integrar a las personas y a las tareas, con el fin de que se cumplan los objetivos marcados en la organización.

Estudiando el grado de presencia de cada una de estas tres cualidades en los líderes, se pueden distinguir ocho tipos de liderazgos, que componen estilos eficaces e ineficaces de mando.

1.º ESTILOS EFICACES.

a) Dirigente: Es el jefe completamente eficaz. Exige un esfuerzo muy elevado de sus colaboradores, pero a cambio, sabe tratar de forma individual a cada uno de ellos. Su estilo es el trabajo en equipo; suscita la participación y obtiene una eficaz colaboración. Acepta con gusto los problemas del trabajo y se enfrenta cara a cara con los conflictos. En su equipo, todos se sienten directamente afectados tanto por los éxitos, como por los fracasos.

b) Desarrollador: Es el clásico líder que pasa desapercibido; su principal tarea es desarrollar las cualidades de los demás. Cree que la inteligencia, la imaginación y la creatividad, no son sólo atributo de los jefes, sino que están ampliamente extendidas; piensa que los hombres trabajan mejor cuando se sienten confiados y responsables.

c) Burócrata: No le preocupan demasiado ni las tareas a llevar a efecto, ni las relaciones interpersonales. Su eficacia le viene dada porque respeta los objetivos de la organización, los cuales cumple al pie de la letra. Aporta pocas ideas nuevas y no incita al rendimiento y al progreso a los componentes de su equipo.

d) Autócrata benevolente: Su principal características es que puede obtener de las personas lo que desea, sin que surjan conflictos. Es ambicioso, conoce las reglas, domina su trabajo y en conjunto obtiene buenos resultados. Su punto débil es no saber ayudar a la gente, a superarse a sí misma.

2.º ESTILOS INEFICACES.

a) Desertor: Tiene una total indiferencia hacia las tareas y hacia las relaciones humanas. Normalmente se trata de alguien que, en determinado momento, ha sido tratado injustamente y su «deserción» está motivada por un deseo de venganza hacia la organización. Puede manifestarse de diversas maneras: resistiéndose a cualquier cambio, aceptando los nuevos planes para hacerlos fracasar después, etc. Tiende a obtener el rendimiento suficiente para que se le deje en paz, apartándose de todo problema que pueda surgir. La organización que hace de alguien un desertor, comete un grave error, encontrándose con el problema de tener que modificar el comportamiento del desertor y, sobre todo, tratar de impedir que su «deserción» se contagie.

c) El misionero: Le preocupan ante todo las relaciones humanas. Pasa la mayor parte de su tiempo procurando que las cosas sean fáciles para su gente. Esta actitud produce un bajo rendimiento en las tareas. Considera que los conflictos y las discusiones son totalmente negativas. Este estilo de liderazgo es ineficaz fundamentalmente, porque no resuelve ningún conflicto.

c) Autócrata: Este estilo de liderazgo antepone la idea inmediata a cualquier otra consideración, las relaciones humanas no le preocupan y no tiene confianza en la gente. Cree firmemente que las personas sienten una aversión natural al trabajo y que, por tanto, es necesario controlarlas, empujarlas, amenazarlas, etc., para que realicen las tareas. Considera innecesarias las relaciones humanas, tratando a la gente como si fueran máquinas. No emplea elementos motivadores. Es un auténtico generador de «desertores» o de personas que le siguen por temor a las represalias.

d) El hombre de compromisos: Es un estilo generador de mediocridad; reconoce las ventajas de la eficacia unida a las buenas relaciones humanas, pero es incapaz de aplicarlas con efectividad. Tiene siempre muchos «compromisos», sobre todo con las personas que ejercen poder. Trata siempre de minimizar los problemas; quiere fundamentalmente dejar y que le dejen vivir.

Los ocho tipos de líderes que he analizado someramente, aunque a simple vista pueda parecer exagerado, se dan en la realidad; sin embargo, muy a menudo no se identifican los estilos puros. ¿Cuál sería entonces el liderazgo ideal? Podría ser el que reuniera en grado máximo las tres cualidades:

Orientación hacia la tarea.
Orientación hacia las personas.
Orientación hacia la eficacia.

Desde mi punto de vista esta conjunción teórica es tremendamente difícil y, en la práctica, cualquier líder se caracteriza por tener un estilo dominante y otro complementario, lo que nos lleva a desear líderes en los que predomine un estilo eficaz. Por otro lado, existen los condicionantes de los tipos, filosofías y estrategias de las organizaciones, objetivos de las mismas, etc., que obligan a los líderes legítimos a adaptarse, o cambiar de estilo. si quieren permanecer en el liderazgo.

EL LIDER EN LA PROFESION DE ENFERMERIA

Condicionamientos históricos ampliamente discutidos por todos nosotros, han negado sistemáticamente a Enfermería el liderazgo en todos los niveles de actuación profesional.

A nivel asistencial, las líneas jerárquicas nunca han fluido directamente de Enfermería, sino que por el contrario, siempre hemos dependido de otros profesionales que de una forma u otra, han condicionado nuestra actuación, dándole un sesgo totalmente distinto al deseado. Los B.O.E., Reales Decretos, Estatutos profesionales, Reglamentos... están llenos de pruebas que avalan estas afirmaciones.

A nivel docente, la Ley de Reforma Universitaria, nos cortó el paso para ocupar los puestos de líderes oficiales en nuestras Escuelas. Y la guinda del pastel, la ha puesto, por último, el Consejo de Universidades, con las sugerencias de la Ponencia de Reforma de las Enseñanzas Universitarias, en relación con el informe técnico del grupo nueve, merced a las cuales se nos sigue negando el acceso a la Licenciatura.

Todas estas cuestiones no espantan a nadie, ya estamos suficientemente inmunizados para ello, sino que por el contrario, debe ser un acicate para seguir trabajando. Está claro que Enfermería es un grupo humano (bastante numeroso por cierto) y, por tanto, necesitado de liderazgo. Es necesario para cualquier actividad, ya sea en el trabajo de base, en la supervisión, dirección, docencia o trabajo en la comunidad, pues en todas, se deben realizar funciones administrativas, ejecutivas, y de dirección; así, pues, cualquier enfermera/o debe ser un líder en su trabajo diario; la cuestión más importante, es aprender a ser el líder «natural» y «experto», sin renunciar, por supuesto, a ser algún día, además, el líder legítimo.

POSIBILIDADES REALES DEL LIDERAZGO EN ENFERMERIA

No sería justo, si en la coyuntura actual pensamos que las cosas no están cambiando. A nivel internacional, personalidades como el Dr. Halfdan Mahler en el discurso pronunciado en Tokio en abril del 86, nos dio un

espaldarazo oficial, al reconocer nuestro liderazgo en las Metas de Salud para todos en el 2000. Este hecho es de indudable trascendencia, pero sólo confirma algo de lo que ya estamos convencidos, porque hay muchos compañeros trabajando en todos los niveles y actuando como auténticos líderes.

La Orden Ministerial del 28-2-85 sobre Organos de Dirección de los hospitales del INSALUD, coloca a Enfermería a nivel de dirección, propiciando de esta forma, la línea jerárquica directa.

Sólo queda el tema de qué tipo de liderazgo vamos a exigir a nuestros dirigentes, ya que en principio y por ley van a tener la características de líder legítimo y, por lo tanto, impuesto. Este hecho, que a simple vista puede parecer banal, e incluso bueno para el sistema, puede convertirse en algo negativo, en unos momentos tan cruciales para el liderazgo de la Enfermería, si no cuidamos las siguientes cuestiones:

1.º) Que nuestros líderes legítimos sean al mismo tiempo los líderes naturales y expertos, lo que constituirá una garantía de éxito.

2.º) Propiciar un clima colaborador y creativo, donde nuestros líderes puedan desarrollar las características, cuya combinación adecuada, hará de ellos los guías con el estilo deseado, para cada momento.

3.º) Nuestros líderes deben tener necesariamente, la firme convicción de que el trabajo que la sociedad nos demanda, es tan importante, que necesariamente debe ser una labor de todos, si es que queremos realmente obtener éxito en las tareas encomendadas.

4.º) Todos los profesionales de Enfermería debemos tener muy claro, que no podemos aceptar líderes que no reunan, como mínimo, las cualidades a las que hace referencia al Dr. Mahler:

* Clara comprensión de la estrategia de Salud.
* Compromiso personal.
* Comprensión de las políticas, dentro del marco multidisciplinar.
* capacidad para identificar los problemas críticos.
* Confianza en sus habilidades u en las de los demás.
* Capacidad de motivación.

CUMPLIENDOSE ESTAS CONDICIONES, CREO QUE NUESTRAS POSIBILIDADES DE EXITO ESTAN ASEGURADAS.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

— Decreto 80/1987 de 25 de marzo, sobre ordenación del Servicio Andaluz de Salud.
— Estilos de Dirección. I.C.T. Hospitales, Asesoría y Formación.
— Ley General de Sanidad.
— Ley de Reforma Universitaria.
— Mahler Halfdan. *¿Por qué el liderazgo en Salud para todos?* Tokio 7 de abril de 1986.

2.ª Comunicación

BASES DEL PODER DEL DIRIGENTE

Jesús Sanz Villorejo
M.ª José Cao Torija
Valladolid

Dentro del marco de actuación de Enfermería el líder institucional debe desempeñar siempre tareas de dirección a mayor o menor escala, ya que siempre es responsable de la actuación profesional de otras personas. Es por ello que tratamos aquí de desempeñar dónde se sustentan las bases del poder que en este caso el líder ejerce de una manera efectiva sobre los demás.

Establezcamos como punto de partida el concepto de Dirección.

CONCEPTO DE DIRECCION:

Vamos a tratar de dar una definición que reúna en sí todos los elementos constitutivos de la dirección. Así podríamos decir:

Dirección es un proceso dinámico de actuación de una persona (A) sobre otra (B), o sobre otras (B, C, D) con el fin de guiar su comportamiento hacia un objetivo determinado.

Ante esta definición podemos preguntarnos: ¿Por qué A puede actuar sobre B, o sobre B, C o D? La contestación sería el establecimiento de las bases del poder social que es el tema que nos ocupa.

BASES DEL PODER SOCIAL:

— Poder de recompensa.
— Poder coercitivo.
— Poder legítimo.
— Poder referente.
— Poder de experto.

Estudiemos detenidamente cada uno de ellos.

PODER DE RECOMPENSA:

Características:
— Su base es poder recompensar.
— Depende de la habilidad del que tenga poder para administrar las valencias positivas y eliminar las negativas.

— Depende de la percepción que el receptor de la recompensa tenga sobre la misma.
— Depende del contenido de la recompensa, de su frecuencia y oportunidad.

PODER COERCITIVO:

— Surge de la presunción por parte del subordinado de ser castigado si no logra conformarse al intento de influencia.
— Depende de la magnitud del castigo.
— Provoca un cambio dependiente.
— El grado de dependencia varía según el nivel de conformidad.
— La frecuencia excesiva disminuye su efecto.

PODER LEGITIMO:

El que nace de una ley aceptada e internalizada por las personas. De aquí nace el hecho social de que el jefe manda y tiene derecho a influir y el subordinado a ser influido.

Bases del poder legítimo:

— Los valores culturales constituyen una primera base común de poder legítimo de un individuo sobre otro. WEBER le llama el «Ayer eterno».
— Aceptar la estructura social.
— La designación hecha por un agente legitimizante que suele ser alguien que detenta un poder legítimo aún mayor.

PODER REFERENTE:

Es la identificación del subordinado con el jefe. Sentimiento y deseo de unidad.

Condiciones:

— Que el subordinado se sienta atraido por el jefe.
— Que el grupo donde se encuentra el subordinado invite a permanecer en el (deseo de membrencia).
— Que el jefe actúe como el subordinado espera.

A mayor atracción, mayor identificación y, por tanto, mayor poder referente.

PODER DE EXPERTO:

Grado de conocimiento o de percepción que el subordinado atribuye al jefe dentro de un área determinada.

— La extensión de este tipo de poder es más limitada.
— Tratar de extender el poder de experto a otras áreas de poder reduciría éste.

SINTESIS GENERAL:

— Para los cinco tipos:
  A mayor base de poder, mayor poder.
— En cualquiera de los tipos, puede variar muchísimo la extensión, pero en general el poder referente tendrá la extensión más amplia.
— Cualquier intento de utilizar elementos externos en cada base de poder, reducirá el poder definitivo.
— La coerción disminuye la atracción que el subordinado siente por el jefe y provoca resistencia.
— la recompensa hace aumentar la atracción y disminuye la resistencia.
— Cuanto más legítima la coerción o el castigo menos resistencia producirá y menos hará disminuir la atracción.

El manejo de las bases del poder de una forma hábil determinará la efectividad del líder y condicionará de una manera definitiva el poder o la influencia de cualquier dirigente.

Podemos deducir, si el poder de influencia o referente es el de extensión más amplia, que el dirigente ideal, también en el caso de la Enfermería será aquel líder institucional que coincida en la misma persona con el líder funcional de cada grupo, siempre que los objetivos del líder y del grupo coincidan.

3.ª Comunicación

JEFATURA Y LIDERAZGO EN ENFERMERIA

María Josefa Argente del Castillo Lechuga
Nieves Pecete Donaire
María Paz García Caro
Profesoras de la Escuela Universitaria
de Enfermería de la Universidad
de Granada

INTRODUCCION

No es nueva la figura de la enfermera como líder de los Servicios de Salud. La práctica de la profesión de Enfermería, implica la función del liderazgo en cuanto que asume el control o la responsabilidad de un grupo e influye en su comportamiento para conseguir unos objetivos previamente establecidos. Según este planteamiento todas las enfermeras serían líderes; sin embargo, en su acepción más popular, el término líder hace referencia a aquella persona que ocupa un cargo directivo, jefatura o supervisión, es decir, aquella persona que es representativa de un grupo de colegas.

El objetivo de esta comunicación es, precisamente, demostrar que no siempre los términos liderazgo-representación son sinónimos.

Liderazgo y poder

Comenzaré analizando el término influencia. Según Robert Dalh, la influencia es «una relación entre unos actores en virtud de la cual uno de ellos conduce a los demás a actuar de manera distinta a como lo habrían hecho de no existir ella».

Según este autor, la influencia o dominación reviste formas muy variadas, llegando a enumerar hasta 14.000.

Se refiere a que reposa sobre diversos factores: la fuerza material, la posibilidad de inflingir unas sanciones, la riqueza, el prestigio, el afecto, las creencias y valores, etc.

Pero no voy a entrar en el análisis de estas formas y de estos factores, sino para distinguir de los restantes un tipo particular de influencia, que quiero destacar, y es el poder.

Duverger define el poder como: «aquella forma de influencia a dominación establecida por las normas, las creencias y los valores de la sociedad donde se ejerce».

Añade Duverger que «su existencia reposa en el hecho de que todos los grupos sociales asmiten, explícitamente o no, unos jefes, gobernantes o

dirigentes, a los cuales se les reconoce el derecho de dar órdenes a los restantes, para impulsarles a hacer lo que de otro modo no harían».

Por tanto, el poder es un concepto normativo que define una relación social, en la que uno de los miembros del grupo ostenta la dirección y representación de éste.

Pero esto no ocurre sienpre. Existen muchas potestades sin poder y existen poderes sin legitimar.

Podemos hablar de liderazgo cuando la potestad viene dada por el prestigio o por una superioridad moral admitida voluntariamente por quienes se someten a ella.

El líder es obediente gracias a su prestigio, no a causa de un poder que se le otorgue oficialmente.

Una vez establecidas estas diferencias trataré de argumentar tras un breve análisis, por qué Enfermería, siendo un colectivo tan numeroso, cuenta con tan escasos líderes. Me referiré, sobre todo, al campo hospitalario, dejando el extrahospitalario a una consideración posterior.

Las respuestas a las preguntas siguientes podrían ponernos en el buen camino para la captación y entrenamiento de líderes.

— ¿Son representantes de la Enfermería nuestos jefes?
— ¿Existen sistemas específicos de selección para cargos directivos y de represenación?
— ¿Se exige algún tipo de formación curricular?
— ¿Qué pasa con la jefe cuando se encuentra con un grupo de colegas?

Pero no se llega a una situación porque sí. Digamos que existen unos condicionantes previos, históricos o de funcionamiento que habría que modificar. No podemos olvidar que Enfermería se ha desarrollado como profesión amparada y tutelada por otros profesionales de la salud. Es por esto por lo que nunca ha sido autónoma ni independiente en la gestión de sus propios servicios. La falta de conocimientos en materias administrativas y de gestión hacía autodidactas a aquellas enfermeras que eran elegidas para administrar los recursos humanos —sus propias compañeras— dentro de los hospitales. Curiosamente, para designar estos cargos de confianza como se siguen llamando, hace unos años sí se tenía en cuenta el consenso del grupo en la elección.

Muy recientemente nos hemos iniciado en el estudio de materias de organización, pero somos parapléjicos administrativos. Nuestros representantes en los órganos de gestión, igual que nuestros directores y supervisores, ahora están incluidos dentro de equipos directivos multidisciplinarios. Su designación, por tanto, esta cada vez más alejada del poder que le confiere el grupo, siendo decisiones políticas las que intervienen en sus nom-

bramientos o destituciones. La mayor parte de las veces el grupo ni siquiera las conoce. O sea que... seguimos dependiendo.

La figura del líder

Además de esas cualidades innatas propias del liderazgo y que son casi mágicas, también hay que tender a la formación del líder, ya que su actuación va a estar condicionada por la organización que él mismo imponga al grupo. La organización hoy, es tan importante que Charles A. Beard ha dicho de ella que «es la llave de la civilización contemporánea».

Como dirigente, el líder, además de organizar debe cuidar de la aparición y desarrollo de todos los papeles pertinentes en relación con el grupo, es decir, de su mantenimiento o supervivencia y de su progresión.

Brown define maravillosamente el líder comparándolo con un Director de Orquesta. Dice: «El líder demócrata sabe delegar su autoridad, permanece muy atento al clima que reina entre sus colaboradores: sabe que trasciende a los individuos y forma equipo. Su objetivo es, en ocasiones, el intento de crear las condiciones que permitirían al grupo participar en la elaboración y ejecución de las decisiones».

Atención primaria y Docencia

Consideraciones aparte merecen estos campos de Enfermería. En una sociedad cambiante y moderna son muchos los ojos que están puestos en nuestra profesión, como motor del cambio en temas de salud, nuestra posición en atención primaria podemos decir que es estratégica, y desde ahí se potencia que la Enfermería sea líder de la comunidad, como persona influyente que es y como profesional bien cualificado que la hace experta en el terreno de la prevención y promoción de la salud.

En este campo, Enfermería está recibiendo una fuerte potenciación por parte de todos los Gobiernos. Pero no olvidemos los hospitales, no hagamos una Enfermería defraudada, de segundo orden.

Conclusiones

Desde mi perspectiva docente como profesora de Enfermería Quirúrgica con experiencia asistencial, me gustaría resumir esta comunicación con las siguientes conclusiones:

1.ª No siempre se corresponde la figura del líder con la representatividad que ostenta un cargo directivo de Enfermería.

2.ª Es necesario una formación integral que abarque aspectos de gerencia y administración para el desempeño de cargos directivos.

3.ª El desarrollo o la potenciación en los distintos campos de actuación profesional de la Enfermería, no es armónico, es decir, mientras que el campo docente y el extrahospitalario están recibiendo un fuerte impulso a nivel estatal, la asistencia sanitaria, comparativamente, se está quedanso relegada.

4.ª La motivación personal es cada vez más necesaria y hasta urgente en la Enfermería Hospitalaria. Esto podría conseguirse a través de un sistema de promoción profesional, en el que la enfermera abarcara campos más amplios de responsabilidad.

BIBLIOGRAFIA

1.— LIDERAZGO Y ADMINISTRACION EN ENFERMERIA.
KRON. Edic. 5.ª Interamericana; Méxino, 1983.

2.— ENCICLOPEDIA DE LA PSICOLOGIA Y PEDAGOGIA.
Tomo 6.º. SEDMAY Ediciones, S. A. 1977/78, Madrid.

3.— ENFERMERIA MEDICO-QUIRURGICA.
BRUNNER. Vol. 1. Edic. Interamericana, 1984.

4.— M. DUVERGER. SOCIOLOGIA DE LA POLITICA.
Edit. Ariel. 2.ª Edic. 1976.

5.— TEORIAS DE PSICOLOGIA SOCIAL.
M. Deutfch. Edt. Paidos. México, 1984.

6.— EL PROCESO DE ENFERMERIA.
H. YURA y WALSH. Edt. Alhambra. 1.ª Edic. 1982.

4.ª Comunicación

EVOLUCION DE UNA PROFESION HACIA FUNCIONES MAS DIRECTIVAS

Maite del Hierro
Encarnación Martínez
M.ª Mercedes García Landa
Profesoras de Materno-Infantil,
de la E.U.E. de Leioa,
Universidad del País Vasco

INTRODUCCION

Desde sus orígenes, la función clásica de la Enfermería ha estado dirigida hacia la atención asistencial curativa e individual y centrada, básicamente, en el sector hospitalario. Sin embargo, el devenir de los tiempos y la aplicación de enseñanzas más científicas a los cuidados de enfermería, está dando lugar a que los profesionales en este campo vayan asumiendo funciones que en tiempos no muy lejanos podrían haber sido considerados como una utopía.

La enfermería ha ido evolucionando conforme se originaban cambios en las estructuras, orientación y organización de la vida social, y de esta manera ha ido incluyendo en su campo de acción funciones directivas, Atención Primaria, Administración Hospitalaria, etc.

Dentro de estos campos de desarrollo, el profesional de Enfermería asume responsabilidades para las cuales se le debe preparar adecuadamente en las Escuelas Universitarias, conforme a las líneas de acción definidas líneas políticas sanitarias, que se van implantando en nuestra sociedad y buscando como principal objetivo dar una respuesta adecuada a las necesidades sociales.

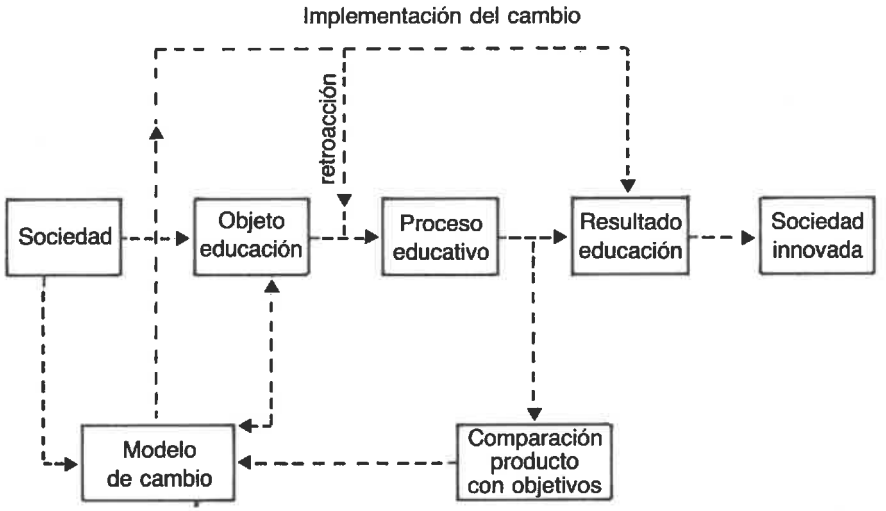
Los planes de estudio actualmente en vigor, han sido modificados para introducir los nuevos conceptos, tanto en los cursos básicos como en los de especialización las materias adecuadas. De esta forma los nuevos profesionales estarán capacitados para realizar actividades de calidad y asumir responsabilidades acordes con su formación y necesidades comunitarias.

El análisis de las experiencias de nuestro entorno, nos alientan a creer que somos capaces de superar las dificultades que este momento nos afectan. Para ello, es necesario que las Escuelas Universitarias de Enfermería adquieren el compromiso firme de ser el ámbito y el instrumento para desarrollar una formación de futuros profesionales donde exista una interrelación de metodología teórica y práctica entre los procesos de enseñanza aprendizaje, investigación y prestación de servicios.

La Pedagogía Social, cada vez más necesaria para asumir funciones docentes, es una forma de entender la Pedagogía, y con ella la educación. Se alza en contra del individualismo formativo, al considerar que toda activi-

dad de índole pedagógica ha de llevar como objetivo insertar al profesional en la Sociedad, por consiguiente, los aspectos sociales marcan el sentido y la finalidad de la acción educativa y de esta forma la Sociedad se mantiene y se renueva por la educación.

EDUCACION Y CAMBIO SOCIAL (I)



ARDIGO, A.: «Sociología de la educación», págs. 462-519, en ALBERONI, F.: *Cuestiones de sociología, op. cit.*, pág. 500.

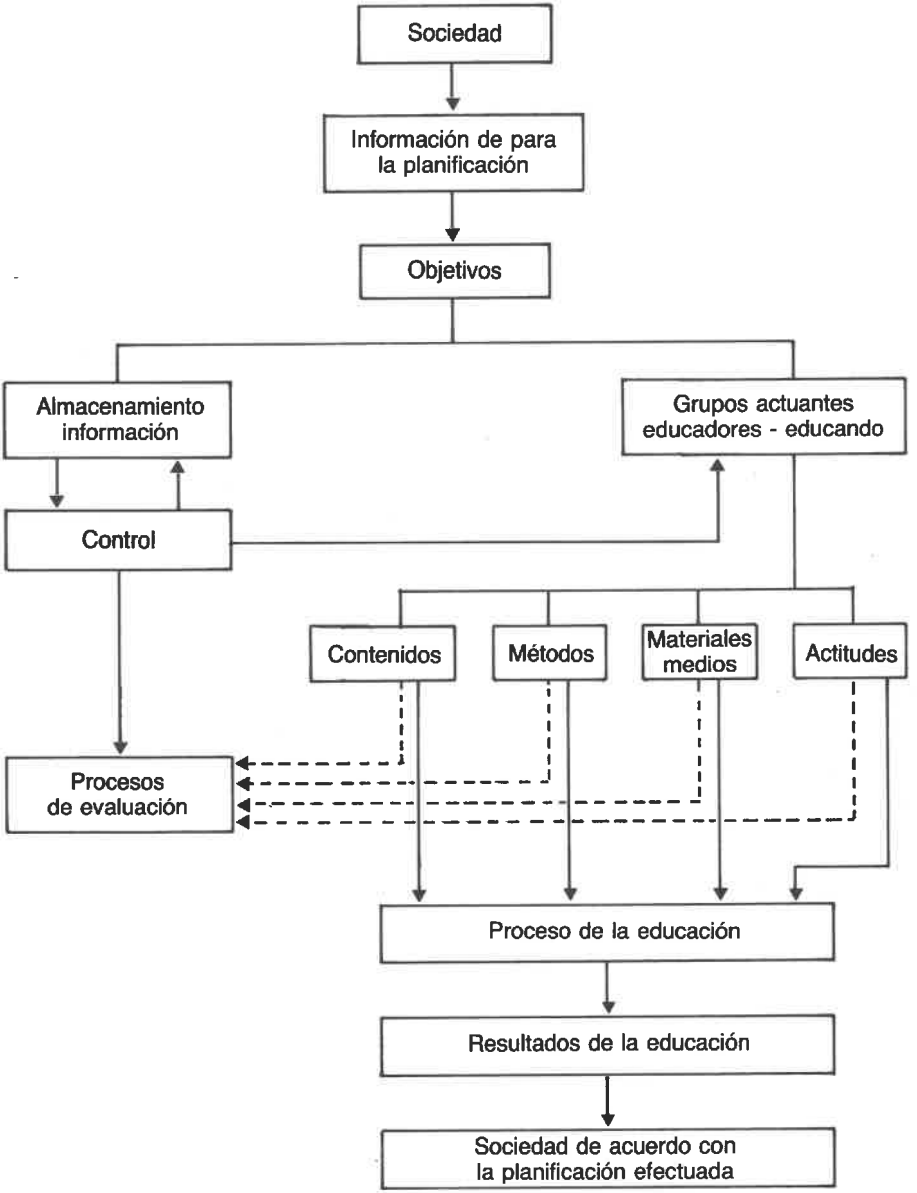
En este sentido, la educación puede ser considerada como el medio donde se realiza el cambio en cuanto se halla integrada en la propia estructura social. Los cambios producidos o que pueda producir la educación, están determinados por otros previos que concurren en la vida social.

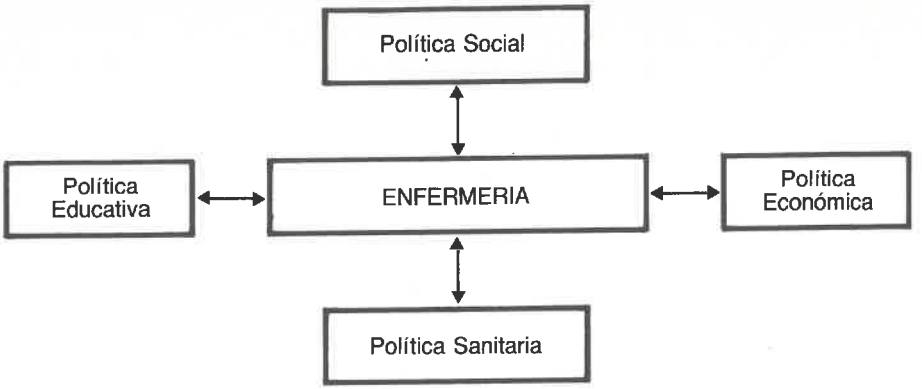
En los nuevos campos de acción de Atención Primaria, Administración Hospitalaria, Salud Pública y Actividad Docente, los Profesionales de Enfermería tienen definidos, cada vez más, sus límites de responsabilidad y libertad de acción.

Se van adquiriendo compromisos donde es posible desarrollar políticas y estrategias.

Por ello es preciso buscar un equilibrio entre la formación de los alumnos y las necesidades de los servicios, con el fin de evitar contradicciones y frustraciones que en muchos casos se originan ante las dificultades que engendra el ingresar en un nuevo servicio.

EDUCACION Y CAMBIO SOCIAL (II)

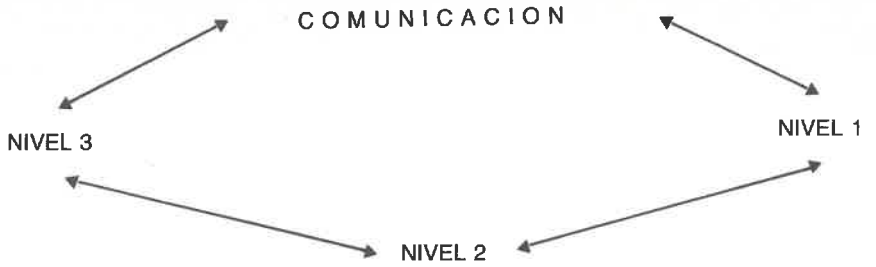




Cada profesional, dependiendo de su capacidad de liderazgo, actuará en cada uno de los niveles de la organización, analizando, diagnosticando y planteando las soluciones más adecuadas a las necesidades que en cada momento se vayan produciendo.

La comunicación entre los diferentes niveles de nuestra estructura profesional es esencial para conseguir una mayor evolución. Con frecuencia se observa que para cuando llega determinada información a niveles básicos, ésta se encuentra distorsionada, o pasan períodos de tiempo muy largos y en otras ocasiones, ni aparece. Es necesario una información en sentido bidireccional, en línea descendente, donde se transmitan las informaciones que las personas que lideran las estructuras de niveles superiores han acumulado como consecuencia de la información que reciben del medio, o a la inversa, las comunicaciones deben fluir en línea ascendente desde los niveles inferiores.

Políticas estratégicas	Nivel 1	Puestos directivos
Planear Dirigir Controlar	Nivel 2	Puestos intermedios
Desarrollo profesional	Nivel 3	En base



Los jóvenes que hoy llenan las aulas de las Escuelas Universitarias de Enfermería, serán los líderes del mañana y en este sentido, deben adquirir formación necesaria en materias directivas que le permitan alcanzar y desempeñar funciones de responsabilidad dentro de la organización institucional, puesto que los líderes se hacen partiendo de una idiosincrasia nata y dotándoles de los instrumentos necesarios que les haga posible desarrollar su potencialidad.

Si miramos hacia el futuro, en el correr de pocos años podremos reconocer que la trayectoria que seguirá nuestra profesión será paralela a la evolución de la Sociedad, y estaremos integrados en ella, liderando los campos de Atención Primaria, Administración Hospitalaria, Salud Pública y Actividad Docente.

Por ello, debemos partir de los actuales períodos de formación, promocionando profesionales líderes que no sólo logren objetivos a corto plazo, sino que sean capaces de proyectar la Enfermería hacia metas cada vez más elevadas.

La juventud actual tiene un nivel básico de instrución más elevado del que haya tenido nunca y con un acceso más fácil que en épocas anteriores, al acervo mundial del conocimiento, siendo capaces de asimilar y utilizar nuevas ideas. El buen aprovechamiento de este potencial humano exige compensación y apoyo por parte de las instituciones que en este momento determinan el qué y el cómo de su formación y, por consiguiente, de su futura trayectoria profesional.

Por ello, desde las Escuelas Universitarias de Enfermería se debe fomentar el liderazgo como un instrumento administrativo, como una técnica para influir en las personas que forman la organización, puesto que liderazgo no es máa que una manera de influir en las personas y en sus comportamientos en las organizaciones.

5.ª Comunicación

ANALISIS DEL LIDERAZGO OFICIAL DE ENFERMERIA EN EL S.A.S. DE CORDOBA

Pilar Martínez Navia-Osorio
Carmen Vacas Díaz
Francisca Serrano Prieto
Trinidad Alcalá Pérez
Profesoras de la E.U.E. de la
Universidad de Córdoba

INTRODUCCION

El liderazgo ha sido objeto de atención y estudio de numerosas disciplinas: Antropología, Sociología, Ciencias Políticas, Psicología Social, etc., recibiendo distintos enfoques por cada una de ellas, incluso en la propia concepción de líder. Desde el impulso que recibe el liderazgo por parte de la escuela de Lewin, surgen a partir de los años 50 numerosos trabajos monográficos orientados a unificar criterios acerca de la conceptuación, cualidades y rasgos de personalidad, así como en relación a las funciones específicas del líder.

Hablar de líder conlleva, por parte del individuo que lo obstente, una disciplina de dirigir que inplieca la confianza en sí mismo, el deseo de ser agente primario para la organización y desarrollo de actividades y metas del grupo, así como influir y potenciar al mismo, consiguiendo de éste obediencia, respeto, lealtad y cooperación. Conlleva a la vez, todo un conjunto de factores y circunstancias, a veces no claras, que promuevan la selección de un individuo por parte de un grupo, brindándole la oportunidad de desarrollar sus capacidades potenciales de liderazgo.

Cualquier grupo social necesita de manera decisiva la figura de un líder para minimizar, cuando no eliminar, confusión e incertidumbre en el mismo, para animar al grupo a alcanzar los objetivos previstos y para lograr que se deposite en él una confianza que dependerá en gran medida de las resoluciones y decisiones que el líder tome, así como la forma de llevarlas a cabo.

En el presente trabajo los líderes a estudiar son aquellos institucionalmente elegidos como tales, ya que su lugar jerárquico en la estructura orgánica hospitalaria, les lleva a tomar decisiones sobre un grupo de profesionales de enfermería que hipotéticamente son sus seguidores, y como tales han de sentirse apoyados, motivados y coordinados por ellos.

Partiendo de estas premisas nos planteamos como objetivo fundamental de este estudio, analizar la situación actual de los líderes oficiales: motivaciones, formación y dificultades.

MATERIAL Y METODOS

La población objeto de estudio ha sido tomada de los distintos centros pertenecientes al S.A.S. de Córdoba, elegidos al azar de entre los cargos directivos de Enfermería con categoría de líderes oficiales, y en número suficientemente representativo en relación a la globalidad del colectivo. A cada uno de ellos se les ha aplicado, con carácter anónimo una encuesta de 20 items que recogen los diferentes aspectos que se proponen estudiar.

ENCUESTA Y DIAPOSITIVAS

Resultados

El total de sujetos encuestados han sido 30, de los cuales, el 73,3 % son mujeres y el 28,7 % son hombres.

La edad oscila entre 25 y 45 años, correspondiendo el 50 % a una edad comprendida entre 30 y 34 años. En cuanto al estado civil, el 96,6 % son casados.

Los resultados más interesantes son los siguientes:

— El 50 % de los encuestados poseen una experiencia hospitalaria entre 10-14 años, y en el 30 % más de 15 años.
— La experiencia previa en la especialidad, en la que son supervisores, es menos de 5 años en el 66,6 %.
— Más de las 3/4 partes de los encuestados (76,6 %) llevan menos de cuatro años ocupando el cargo, hay que señalar que el 70 % no han desempeñado con anterioridad cargos similares.
— En cuanto a la titulación que poseen los líderes oficiales encuestados, el 76,7 % corresponden a Diplomados por convalidación, el 20 % son ATS y el 3,3 % son Diplomados Universitarios.

de los 30 sujetos encuestados 27 (90 %) han recibido cursos de formación específica, realizándolos el 77,7 % de los casos con posterioridad al nombramiento, habiendo sido éstos en su mayoría (81,5 %) subvencionadas por el centro. De igual forma, un 73 % han recibido cursos de administración de servicios,. considerando el 63 % que han contribuido ha mejorar su labor.

— El 56,7 % opinan que el centro de trabajo debería hacerse cargo de la formación de los líderes, mientras que el 43,3 % opinan que esta formación debería llevarse a cabo en las E.U.E.
— Al ser preguntados los líderes si consideran adecuado el procedimiento de selección, el 73,3 % opinan que no es el más idóneo, sin

embargo, ante la opción dada en la encuesta, de procedimientos alternativos, no se manifestaron mayoritariamente por ninguno de ellos, y opinan que tienen igual importancia la formación específica y la personalidad a la hora de obtener un cargo.

— Es marcadamente representativo, ya que la totalidad así lo expresa, que los líderes oficiales no se sienten incentivados ni tienen suficiente autonomía de gestión, en este sentido el 43 % de los encuestados consideran que los mayores obstáculos en el desarrollo de su labor los encuentran en la Dirección del Hospital, seguida del personal médico (33,3 %), Dirección de Enfermería (13,3 %) y personal de enfermería (10 %).

DISCUSION

En base a los resultados obtenidos se pone de manifiesto que los cargos de liderazgo en los Servicios del S.A.S. cordobés son ocupados, en su mayoría, por individuos de estado civil casados, estando sus edades comprendidas entre 30-34 años, para la mitas de los encuestados.

Es interesante el hecho de que aunque la mayoría de los encuestados poseen una amplia experiencia hospitalaria (la mitad de los profesionales poseen entre 10-14 años), su experiencia en la especialidad de la que son nombrados líderes es relativamente corta, pues la mayoría de la muestra cuenta con menos de 5 años, concretamente el 33,3 % de los encuestados, no poseen ninguna experiencia.

Si junto a esto consideramos que, en un elevado porcentaje, una vez ascendidos al cargo, su tiempo en el mismo es menor de 4 años y sin haberdesempeñado con anterioridad cargos similares, podemos inferir que la renovación de cargos se ha producido de manera acelerada.

En cuanto a la formación básica de los líderes oficiales, cabe destacar que la mayoría son Diplomados Universitarios por convalidación, este hecho sucede como era de esperar, teniendo en cuenta la edad media de los encuestados y el tiempo que lleva en vigor la Diplomatura Universitaria en Enfermería.

Así mismo, casi la totalidad de los líderes (90 %), han recibido cursos de formación específica, y si bien es cierto que estos cursos se han realizado mayoritariamente después del nombramiento en el cargo, esto indica que en el personal de enfermería hay un afán de superación y perfeccionamiento muy loable, que además cuenta con el beneplácito de los hospitales, ya que en la mayoría de los casos, estos cursos han sido subvencionados por el Centro. Aunque con menor porcentaje, la mayoría de los líderes han recibido cursos de administración de servicios, considetando más de la mitas de ellos, que la aplicación del conocimiento adquirido en los mismos ha sido muy beneficioso para mejorar y hacer más eficaz su labor

diaria. Estos datos nos inducen a pensar que el contenido y/o calidad de los mismos fue el adecuado.

Nos es muy satisfactorio, como profesores de E.U.E., el hecho de que casi la mitad de los encuestados consideren que la formación post-grado debe estar promocionada por la Universidad, sobre todo teniendo en cuenta que sólo el 3 % han recibido su formación básica en la misma. Esto apoya las directrices que creemos deben perseguir las E.U.E., potenciando la integración y la conexión de la Universidad con las Instituciones Sanitarias en cualquier curso específico o de formación continuada que se oferte al Diplomado.

Como queda reflejado en los resultados, la designación directa es el método más utilizado actualmente para la elección de los cargos de enfermería, desconocemos los parámetros por los que se ha regido la administración para tal elección, pero lo que sí podemos deducir de este estudio es que dichos parámetros no están directamente relacionados con la formación previa ni con el tiempo de experiencia anterior en la especialidad o en cargos similares, ya que en los correspondientes itens, no se ha encontrado un grupo de personas que destaque de la media general. Sólo el grupo de líderes promocionado o elegido por sus compañeros (grupo reducido: 20 %) podría ser considerado representativo del líder real coincidente con líder oficial.

El tipo de designación actual no es en absoluto compartido por los propios líderes que, en amplia mayoría, se pronuncian en desacuerdo con el mismo, sin embargo es llamativo y poco comprensible que cuando se les oferta la posibilidad de optar por otros métodos de selección, no se refleja en los resultados otra alternativa mayoritaria, llamando también la atención el hecho de que la totalidad de los encuestados manifiesten rotundamente encontrarse insuficientemente incentivados y sin autonomía de gestión, y a pesar de ser seleccionados por la administración, en más del 50 % de los casos es precisamente en este sector en donde encuentran mayores obstáculos para la consecución de sus objetivos.

CONCLUSIONES

1. Los líderes actuales del S.A.S. de Córdoba son , en su mayoría, mujeres casadas y de edad entre 30 y 34 años.
2. La experiencia hospitalaria es grande, pero la experiencia en la especialidad de la que son nombradas supervisoras es corta.
3. Existe un marcado afán de perfeccionamiento entre los líderes estudiados.
4. la formación postgraduado debe realizarse conjuntamente entre la Universidad y las instituciones sanitarias.

5. El procedimiento más utilizado actualmente en el S.A.S. de Córdoba para la elección de los cargos de Enfermería es la designación directa.
6. Los líderes de Enfermería no tienen suficientes incentivos ni autonomía de gestión. Siendo en la administración donde encuentran mayores obstáculos.

6.ª Comunicación

EL ROL DE LA ENFERMERIA EN LA SOCIEDAD

A. Orantes Ramos
D. Enf. Hospital San Sebastián,
Badajoz

El proceso de situar a la Enfermería en el contexto social y sanitario de un país se inicia con los primeros elementos de su historia en una determinada sociedad.

En el caso de nuestro país, el análisis de las primeras formas de cuidados, de quienes los han administrado, de cómo ha evolucionado la formación de esos profesionales y cuáles han sido las principales características de la misma, permite entender la función que los y las enfermeras frente a la demanda de atención sanitaria que se le solicita.

Es muy cierto, como dice Carmen Domínguez-Alcón y sus dos coautores, en su manual de Sociología y Enfermería, que la profesión de Enfermería ha sido mediatizada en su conocimiento y práctica, e incluso en su estructura por la concepción social que de ella se tiene. La profesión médica nos ha delimitado el concepto y las tareas, siempre.

El análisis de las imágenes e ideologías, que se han creado en torno a la profesión, ocupa un papel importante en el rol actual de la profesión de Enfermería en nuestro sistema sanitario. Hablar de ideología en Enfermería, supone plantearse una cierta confrontación.

Nuestra intención al tratar de exponer este trabajo, es analizar como unas determinadas pautas vividas por nuestra profesión, en su proceso histórico, justifican su actual situación en la sociedad, en su proceso histórico.

Todos sabemos que el sector sanitario se ha preocupado fundamentalmente de la enfermedad y su solución individual.

La profesión de Enfermería presta un servicio a la comunidad, mediante sus funciones, que es dar respuestas a las necesidades que ésta plantea.

La sociedad cambia y surgen nuevas formas y demandas del cuidado sanitario, y frente a esa evolución en las necesidades de la salud de los individuos, la respuesta de nuestros profesionales ha sido en general limitada. ¿Porqué? Pues porque el profesional de la Enfermería ha sido, sobre todo, el ejecutante de unas técnicas delegadas por la profesión médica.

Si planteamos que la actividad del profesional de Enfermería es imprescindible en el cuidado de la salud, hay que tener en cuenta que hasta hace poco, y si me apuras, en algunas situaciones y lugares aún, el actual sistema de división del trabajo, él o la enfermera no se sentía como un colaborador, sino como un subordinado.

A pesar de que el profesional de Enfermería, por el mero hecho de es-

tar continuamente al lado del paciente, es una fuente de información inapreciable, como dice el manual antes citado, se produce un HIATIUS entre los actores responsables de la decisión (los médicos), y los de la ejecución (Enfermería), puesto que hay un cierto rol ejercido por el personal de Enfermería que sobrepasa la ejecución y que se da por sobre-entendido, aunque no se haya definido claramente. Precisamente de aquí nace el malestar que se ha traducido de varias formas y asoma a diferentes niveles, y que podemos resumirlo como una crisis de identidad sentida y explicada por nuestros propios profesionales.

Las ideologías en la Enfermería han sido un conjunto de creencias y valores que han servido para que este grupo profesional desempeñara en la sociedad un determinado papel dirigido y dependiente de la profesión médica. No ha sido típico de un período determinado, sino que aparece en los orígenes de la Enfermería profesional y se mantiene hasta nuestros días.

La actividad de Enfermería ha existido desde que existe el hombre, primero como respuesta intuitiva y necesidad de supervivencia, después con el cristianismo que propugna una filosofía, que enfatiza la dignidad humana y se concibe de otra manera la relación humana, el cuidado de Enfermería en estos principios no es científico, sino materialista y religioso.

Hay una laguna de escaso avance para la Enfermería y no es hasta el siglo XIX, cuando Florence Nightingale implanta la Enfermería profesional. Interesa destacar en su planteamiento como profesión, la dependencia del médico. Posiblemente las circunstancias en que tuvo que desarrollar su trabajo inicial fue causa de ello.

El hecho de que nuestra gran precursora planteó la actuación de las enfermeras desde la perpectiva de dependencia total a la profesión médica, de este modo la Enfermería llegó a ser una parte formal del trabajo del médico.

Tienen razón los autores de Sociología y Enfermería cuando dicen que el planteamiento de Florence resulta un paradigma aunque fuese en contra de las nociones prevalecientes de su época, que además de su afán de independencia profesional de la mujer, pensaba que una buena enfermera debía someterse a un aprendizaje especial de ciertas destrezas, ya que no bastaba con ser una mujer compasiva, pero como decíamos antes, las circunstancias en que tuvo que desarrollar su labor fuera la causa.

Hasta la aparición de la Enfermería moderna, las características fundamentales atribuidas a la Enfermería, eran como dicen los ingleses TENDER-LOVING- CARE (cuidado tierno y amoroso más religiosidad o apostolado) y cuando empieza la Enfermería profesional en el siglo XIX añadimos la subordinación al médico.

A partir de aquí, podemos ver en los manuales de formación de los profesionales, lo que ocurre en los distintos períodos de nuestra profesión;

manuales escritos en la mayoría por médicos y moralistas, todos varones en contraste con la consideración femenina de la profesión.

Diferencia en cuanto a la formación del practicante y la enfermera antes de 1952, por lo que su papel era distinto en la comunidad.

Cuando se reforman los estudios y aparecen textos desglobados por asignaturas, la atención se centra fundamentalmente en las disciplinas de ETICA Y MORAL PROFESIONAL, y hacia 1975-77 se ven por primera vez la colaboración de la Enfermería en la elaboración de algunos textos (Universidad de Navarra).

De todo esto sale el reflejo de las ideologías básicas dominantes, agrupadas en torno a dos ejes fundamentales:

1. VOCACION que ha ido ligada en cierta forma a la condición femenina. Los términos vocación, sacerdocio y apostolado se reflejan en innumerables citas, como:

   «La enfermera tiene el deber del sacrificio realizado con piedad y amor», otra más:

   «Si tanto se ha hablado de la vocación del médico ¡qué no habrá que decir de la de la enfermera!, auténtica vocación de amor».

   El doctror Marañón etiqueta el trabajo de la enfermera como «Vocación de amor», por contraposición del de otros profesionales que las llaman «Vocaciones del querer».

   Hoy no se etiqueta la vocación con la connotación religiosa que daban antes los textos, ni el desinterés ni altruismo que se exigía al profesional, valorándose la inclinación natural y el derecho al lucro honesto, es decir, necesario, la otra ideología básica es:
2. PROFESION cuya orientación ha estado siempre enfocada como mini-médicos, con pocos conocimientos y mucha práctica. Estamos cansados de ver en obras bien documentadas prólogos donde ponen «así, esta publicación viene a ser una verdadera y útil enciclopedia médica».

   Oimos constantemente «vuestra profesión es eminentemente práctica asistencial», «sois los intermediarios entre el médico y el enfermo», etc.

   La idea de subordinación al médico llega hasta nuestros días, sobre todo en el medio hospitalario. Citas como: «Para sus superiores la enfermera/o ha de ser sumiso/a, obediente y no discutir nunca las órdenes médicas; y si algo cree que está mal indicado, comentarlo al médico sin intermediarios y con modestia». Esto ocurre hasta la primera mitad de la década de los años 70.

En resumen, la actividad de Enfermería ha estado inmersa en estas dos ideologías: Vocación y Profesión.

La Enfermería, aún considerándola como «Profesión» no ha llegado a

tener de forma total las características inherentes a una profesión, ya que profesión es, LA OCUPACION QUE HA ASUMIDO UNA POSICION PREDOMINANTE EN LA DIVISION DEL TRABAJO, DE TAL MODO QUE LOGRA EL CONTROL SOBRE LA DETERMINACION DE LA ESENCIA DE SU PROPIO TRABAJO.

Hoy, la Enfermería moderna está empeñada en conseguir su autonomía total, el control de la práctica para su propia profesión, existiendo indicadores de que se están desarrollando nuevas orientaciones.

Es evidente que cuanto más se profesionaliza un determinado grupo, generalmente se perfilan nuevos roles para los profesionales que pertenecen al mismo, aumentando su poder, su autonomía y su autocontrol. Las nuevas generaciones de profesionales seguramente aportarán (ya lo están haciendo) actitudes positivas frente a la problemática tradicional.

Verdad es que ha tenido y tiene una fuerte influencia la forma como ha sido vivida la profesión en nuestra sociedad, pero en el contexto actual en que se desarrolla nuestra actividad, su trabajo requiere cada vez más un sentido creativo y una renovación de acción constante.

La labor de Enfermería debe contar con un grado mayor de reconocimiento y apoyo en nuestro país, en justa correspondencia con su carácter de elemento imprescindible para el desarrollo de una adecuada política de salud.

Su papel en la reforma sanitaria va a resultar extraordinariamente relevante desde la orientación a los cuidados sobre el modo más eficaz de utilizar las posibilidades que ofrece el aparato sanitario, la educación sanitaria, sin olvidar otros aspectos.

La labor del personal de Enfermería ha de ser valorada, potenciada y socialmente utilizada, y debe participar en el conjunto de actividades del sistema sanitario, ya que es un recurso indispensable en él.

Habrá de determinarse, claramente, su función en materia de promoción y protección de la salud en general, en asistencia y rehabilitación en sus diferentes aspectos, asimismo, determinar sus funciones en materia de investigación, docencia, dirección y administración, aspectos que normalmente se olvidan al hablar de Enfermería.

Vamos a enumerar de pasada, aunque lo conocemos, el papel y la presencia de Enfermería en los distintos campos:

1. ATENCION PRIMARIA, que está modificando sus actividades, al abarcar campos mal cubiertos por el sistema sanitario en los distintos grupos (infancia, grupos específicos, drogadictos y marginados, etc.), aunque para ello tengamos que cumplir una serie de requisitos imprescindibles.
2. LA ASISTENCIA HOSPITALARIA. La consolidación del Sistema Nacional de Salud, que prevee la Ley General de Sanidad, al servicio de las necesidades de la población, exige la acomodación

estructural, organizativa y funcional de los servicios públicos de salud al logro de este objetivo.

3. DIRECCIONES DE ENFERMERIA. La creación de las Direcciones de Enfermería en los hospitales y la introducción de las actividades de Enfermería dentro del modelo de gestión hospitalaria, es un logro y un compromiso a cumplir por nuestra parte.
4. LA ENFERMERIA Y LA GESTION EN EL SISTEMA SANITARIO. El propio perfil profesional define la necesidad de tener capacidad de decisión en la organización, así como su integración en los diferentes niveles de planificación y gestión del sistema de salud, participando a nivel de decisiones y a nivel ejecutivo y no de asesoramiento.
5. FORMACION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA. Enfermería necesita que su formación de respuestas a las necesidades de salud de la sociedad, a la que pretende servir, y que los programas docentes y que los curriculum asuman el reto y se modifiquen, ante una sociedad cambiante en sus problemas, necesidades y el modelo sanitario que se genere.

Toda la legislación promulgada para que la Enfermería se desarrolle en el ámbito universitario, en igual con otras disciplinas de las ciencias de la salud, supone un paso positivo, como respuesta, por una parte, al espacio que debe tener dentro de un sistema sanitario más moderno y, por otra, a la evolución y desarrollo científico de gran parte del propio colectivo como profesión.

Es necesario que los estudiantes de Enfermería adquieran conocimientos, actitudes y destrezas requeridos para un ejercicio profesional de calidad.

Han estado diez años desde la puesta en marcha de las Escuelas Universitarias de Enfermería y debemos pasar a unas actitudes críticas respecto a la realidad de la formación del futuro profesional, que pueden conducir al deterioro del proceso educación-aprendizaje, dificultades que encontramos:

— En la escasa calidad en la formación teórico-práctica principalmente hospitalario y de atención primaria.
— Escaso número de profesorado enfermero y mal preparado en ocasiones.
— Insuficiente desarrollo de la estructura organizativa en las Escuelas de Enfermería y la gran dificultad para que nuestros profesionales accedan a la Dirección de las mismas.

Creemos que los profesionales deben profundizar, actualizar y ampliar conocimientos a través de la formación continuada, con programas de reciclaje.

Por último, el establecimiento del segundo ciclo de Enfermería, que es la LICENCIATURA.

Este es el reto que tenemos planteado los profesionales de la Enfermería, para que podamos asumir el papel que por derecho propio nos corresponde y que seguramente tendrá consecuencias importantes, no sólo entre la relación Enfermería-Medicina, sino también en el *status* de la persona sana o enferma y sobre todo en la propia profesión.

7.ª Comunicación

ENFERMERIA: HACIA UNA UNICA DEFINICION

Dolores Serrano Parra
M.ª Alejandra Martínez Orozco
Margarita Garrido Abejar
Profesoras de la E. U.
de Enfermería
«Virgen de la Luz» (Cuenca)

En cualquier sociedad nos encontramos siempre con el hecho de que las personas pertenecen a grupos sociales o profesionales. La adscripción a esos grupos puede ser definida sin problemas, sabiendo los componentes de cada grupo quiénes pertenecen a él y quiénes no. Del mismo modo, los individuos piensan en sí mismos como miembros de un grupo, teniendo una imagen definida de ese conjunto, así como de sus componentes individuales.

Las enfermeras, indudablemente, tenemos también ese sentido de pertenencia a un grupo social común: el del colectivo profesional que formamos. Ahora bien, ¿tenemos todos, en realidad, la misma imagen de este grupo y de sus componentes individuales? Creemos que no. Debido a diversas connotaciones histórico-sociales, el colectivo profesional no ha seguido, en conjunto, la misma trayectoria en su desarrollo.

T. n.º 1.

Una gran parte de las enfermeras en activo, en nuestro país, hemos sido formados bajo unos esquemas en los que la orientación era eminentemente técnica y práctica, con una filosofía subyacente en la que se propugnaba que Enfermería era una profesión totalmente dependiente; además, la formación estaba en manos de otros profesionales de la salud, que eran quienes en aquel momento asumían estas competencias, y, para *subrayar* estos aspectos se cambía la denominación de los estudios de Enfermería por las, en nuestro criterio,desafortunadas palabras de Ayudante Técnico Sanitario, que, aunque en parte, respondieron a las necesidades socio-sanitarias del país en aquellos momentos, hoy creemos que no han servido más que para confundir la naturaleza de nuestra profesión.

Posteriormente, como consecuencia del desarrollo social y el cambio de valores, se consideran los aspectos positivos de la salud, se sitúa al individuo en su medio y se empieza a hablar de Atención Integral. Al mismo tiempo se transforma el plan de estudios, lo que supone un giro sustancial en la filosofía y en los contenidos de los programas de formación, que rompen los esquemas anteriores y proporcionan caminos o vías para reflexionar sobre nuestro centro de atención, es decir: «El hombre y nuestro hacer profesional: los cuidados».

Fueron muy pocos los profesionales que, en aquel momento, tuvieron conciencia de lo que suponía esa transformación. Unicamente enfermeras que desarrollaban su trabajo en las Escuelas, así como algunas otras, sensibilizadas hacia las nuevas tendencias, fueron evolucionando y canalizando la moderna ideología.

Este grupo, todavía pequeño, hace que nos encontremos con una dicotomía entre este sector que ha despegado hacia un mayor desarrollo y el resto del colectivo, que por las razones histórico-sociales apuntadas con anterioridad, no ha evolucionado paralelamente como el primero.

Queremos resaltar, sin ánimo de ser exhaustivas, algunas de las causas que, según nuestro criterio, han motivado este retraso evolutivo.

T. n.º 2.

En primer lugar, creemos que no se ha sabido transmitir a través de un lenguaje accesible, unas actitudes y cambios de valores fácilmente aplicables; obviando con nuestro afán de teorizar en el sentido más amplio de la palabra, la realidad socio-sanitaria en la que se desenvuelve nuestra profesión, lo que ha motivado una falta de diálogo —«intergrupo»—, en definitiva, de COMUNICACION, que es lo que interesa destacar.

En segundo lugar, pensamos que han existido, y existen todavía, resistencias al cambio —miedos que se generan en cualquier grupo social ante interrogantes sobre el futuro—, interrogantes que conducen al inmovilismo.

En tercer lugar, la insatisfacción profesional, fomentada por la falta de autonomía que trae consigo bloqueos y bajos niveles de creatividad.

Pensamos que todos debemos estar implicados en esta etapa de desarrollo, que todos podemos aportar algo para contribuir a que se promueva un sentido unitario de la profesión.

Por ello, nos gustaría sugerir algunas alternativas que pueden hacer realidad un única definición de Enfermería.

T. n.º 3.

PRIMERO: Sería necesario establecer cauces de comunicación adecuados a través de:

a) La aceptación por parte de las enfermeras docentes, de esa gran responsabilidad que supone la formación de los estudiantes.

Estos han de saber tramitar su oferta como trabajadores de salud y lo que ésta puede suponer de beneficiosa para toda la sociedad.

Hemos de intentar, ante todo, crear opinión entre los alumnos, para que sepan transmitir con seguridad sus ideas al grupo con el que interaccionan, aprovechando para ello su aprendizaje clínico en los centros donde realizan sus prácticas. Esto sería una experiencia enriquecedora para unos y otros.

b) La formación continuada (institucionalizada) e impulsada en colaboración con las Escuelas de Enfermería. Esta clase de formación debe estar dirigida por enfermeras y para enfermeras, que abandonando el modelo medicalizado y hospitalario, profundice en los nuevos valores y esencial en la profesión: «los cuidados».

T. n.º 4.

SEGUNDO: Para evitar la generación del miedo, es necesario:

1) La progresiva incorporación de nuestro colectivo a las asociaciones profesionales, elegidas libremente, donde tengamos la oportunidad de expresarnos y de recibir información al mismo tiempo.

Hemos de concienciarnos de que somos una fuerza social importante, pero que permanece inmóvil y simplemente por el grupo tan numeroso que formamos y la trascendencia de nuestra actividad, podríamos, si estuviésemos sintonizados en la misma etapa del proceso evolutivo, conseguir aquello que nos propusiéramos.

Pero además sería necesaria la militancia activa en sindicatos y partidos políticos, ya que son los canales oficiales de participación en toda sociedad democrática para conseguir, entre otras, reivindicaciones laborales, profesionales y salariales.

T. n.º 5.

En último lugar y para guiar este proceso, es necesario que, entre todos, *identifiquemos* un grupo de personas avanzadas que se comprometan para hacer presión y que con el respaldo de todos, luchen por ocupar —todos— y cada uno de los puestos de responsabilidad y autonomía de gestión, tanto los que hoy tenemos posibilidad de conseguir —Direcciones de Enfermería— como aquellos a los que no tenemos acceso, pero que marcan las políticas sanitarias del país.

Este grupo de personas comprometidas han de ser auténticos dirigentes oficiales y líderes a la vez para que impulsen todas las acciones y actitudes que facilitan la comunicación nos ayuden a vencer las resistencias al cambio e impulsen nuestra actividad hacia la autonomía y hacia la creatividad.

Esperemos que todas estas propuestas tengan un resultado efectivo y satisfactorio a corto plazo.

Muchas gracias.

8.ª Comunicación

POSIBILIDADES DE ENFERMERIA PARA SU AUTOGOBIERNO

M.ª Carmen Blasco Ordóñez
Profesor Titular E. U. E.
Universidad de Córdoba

Cuando me propuse participar en estas VIII Sesiones de Trabajo, confieso que mi primer impulso fue el realizar una encuesta en la que buscaría respuesta a la pregunta formulada como título de las Sesiones, es decir, «¿Quién dirige la Enfermería?».

Posteriormente, con los datos obtenidos y explicando el material y método utilizado, expondría los resultados y aportaría unas conclusiones.

El planteamiento que me hice a continuación fue más o menos el siguiente:

La metodología encuestacional o consultiva es uno de los procedimientos más extendidos en investigación en ciencias humanas. La «encuestomanía» quizás sea uno de los males de nuestro tiempo. A veces se cree que cuando se tiene un problema, este se resuelve haciendo una encuesta. Sin embargo, nunca una encuesta o los resultados obtenidos por ella, resuelven nada por sí mismos.

¿Qué podía aportar? Por supuesto podría utilizar la expresión «La estadística demuestra...» que en general no pasa de ser una expresión tópica usada en alguna ocasión por quien desea «arrimar el ascua a su sardina». La estadística es un instrumento que ayuda a mostrar de un modo más riguroso la confirmación o la refutación de unas ciertas ideas.

El análisis de estas cuestiones como proyecto para la elaboración del trabajo, me dieron lugar a la formulación de una última cuestión: si en la encuesta pretendía contrastar alguna hipótesis, ¿cuál o cuáles eran?

Evidentemente no era necesario utilizar este método para dar contestación a la pregunta formulada. En la mente de todos nosotros está su respuesta y además no somos los únicos en conocerla, la sociedad lo haría de igual forma.

Por tanto, demostrar con datos lo que de por sí es conocido por todos no resolvería en nada nuestro problema que podría ser utilizada por algunos para hacerlo cono irrefutable por estar de acuerdo en ello y que es como debe ser.

Prefiero por todo ello, exponer a manera de síntesis, las situaciones en que se encuentra el liderazgo de Enfermería dentro de sus diferentes campos de actuación, dando como evidencia lo que debemos reconocer como hecho real sobre quiénes son los que nos dirigen, salvo casos tan aislados que son calificados por muchos como «excepciones».

Al hacer una revisión documental sobre el liderazgo de Enfermería, resalta en la mayoría de los documentos, no sólo la necesidad de su autogobierno, sino que en muchos de ellos no se da opción a cualquier otro tipo de alternativa.

No cabe duda de que si analizáramos detenidamente lo que algunos autores definen como liderazgo, es obvio que no se puede ser líder de algo con lo que no se siente uno comprometido, que no es causa común y más difícil resulta poder motivar hacia ello.

Thora Kron dice: «El liderazgo no significa dominio...». «El liderazgo consiste en influir a las personas para que cambien, no importa cuán insignificante pueda ser este cambio...». «En Enfermería no puede existir esta falta de liderazgo».

Más recientemente en abril de 1986 Halfdan Mahler en su discurso pronunciado en Tokio durante la ceremonia de apertura del encuentro internacional sobre «Liderazgo de Enfermería en Salud para todos», expone repetidas veces la necesidad de la existencia de líderes capaces de motivar y dirigir a los demás, desplegando esfuerzos increibles hacia una causa común.

Creo que todos coincidimos en la existencia de líderes dentro de la Enfermería, así mismo se han producido cambios, algunos muy relevantes en determinados aspectos. No dudamos de la capacidad de los profesionales de la Enfermería para asumir las funciones de un líder, de lo que sí dudamos es de la posibilidad de acceder a ello.

En las resoluciones adoptadas por el Consejo Internacional de Enfermería celebrado en agosto de 1975 en Singapur, entre varias consideraciones expuestas sobre «Autoridades de Enfermería» resuelve entre otras:

«Que todos los servicios de Enfermería, en los centros asistenciales de salud de todo tipo, tengan por directoras a enfermeras calificadas».

El primer logro histórico para la Enfermería en España se produce diez años después a través de la Orden Ministerial de febrero de 1985. La trascendencia del cargo obtenido por la dirección de Enfermería en el esquema directivo del nuevo modelo de gestión hospitalario, que podríamos calificar de trascendencia histórica, al margen de las carencias o contradicciones que puedan existir en esta decisión, es un gran logro.

También en el área docente existen diferentes documentos de diversos organismos que exponen orientaciones y recomendaciones sobre la necesidad de que la dirección de las enseñanzas sea llevada por enfermeras/os cualificadas. Ya en 1979 en el «Documento básico sobre Enfermería» publicado por la O.M.S. C. Hall nos dice: «Las Escuelas para la educación de todas las categorías de personal de Enfermería, deben ser dirigidas y llevadas por enfermeras especialmente cualificadas, tanto en Enfermería como en enseñanza».

La posibilidad que según la Ley de Reforma Universitaria, concede a los Diplomados de Enfermería, el poder acceder al cuerpo de profesores titulares de Escuelas Universitarias, se puede considerar también un logro

en el campo de las enseñanzas de Enfermería, así mismo y dentro del marco de la citada ley, en su artículo 21 la existencia de un vía de acceso a la dirección de las Escuelas Universitarias a los profesores titulares, siempre y cuando los estatutos de cada universidad o reglamentos correspondientes, no añadan a este artículo la famosa coletilla de «con el grado de doctor...». Frase que por el momento hace imposible alcanzar cargos de responsabilidad a los diplomados en Enfermería, por una interpretación legal personal o conveniente.

Por falta de grado académico, también la función investigadora no ha llegado a alcanzar el liderazgo, sin el requisito académico se nos reconoce la colaboración, cooperación, participación, pero no la dirección de todos los trabajos o estudios que generalmente realizamos aunque oficialmente no se nos «capacite» para dicha función.

Como final quisiera hacer referencia a la importancia que para la profesión de Enfermería tiene el poder de autogobernarse. Para ello y recordando también a C. Hall en el 15.º Congreso Cuadrienal del Consejo Internacional de Enfermería celebrado en 1973, afirmaba tras el estudio realizado para determinar las características de las profesiones que una actividad desarrollada por el hombre, para poder ser designada con el nombre de profesión, debería reunir unos requisitos y expuso como todos conocemos once puntos diferentes, enunciando en el último lugar aunque seguro no lo hizo por su falta de importancia, el de gobernarse a sí misma.

Pienso que la colocación de este requisito en último término, de por sí, ya es significativo, quizás considerase como el más difícil de alcanzar en el caso particular de nuestra profesión.

CONCLUSIONES

Reiterar, como tantas veces hemos hecho, la necesidad de posibilitar el acceso de los Diplomados de Enfermería a los más altos niveles académicos. Mientras existan leyes, Ordenes Ministeriales o Estatutos, que en el momento de su aplicación permitan establecer matices que varien su interpretación, dando lugar a situaciones diferentes según los momentos o circunstancias, Enfermería no alcanzará su desarrollo y autogobierno, aspectos fundamentales para toda profesión.

BIBLIOGRAFIA

C.I.E.: *Declaraciones sobre la política adoptada por el C.I.E.* Singapur. 1975.
HALL, C.: *Documento básico sobre Enfermería.* O.M.S. 1979.
MAHLER, H.: *¿Por qué el liderazgo en salud para todos? Japón. 1986.*
KRON. T.: *Manual de Enfermería.* Interamericana. México. 1976.
LEY DE REFORMA UNIVERSITARIA.
O. M. de 28 de febrero de 1985 (B.O.E. de 5 de marzo 1985).

9.ª Comunicación

MEMORANDUM ENFERMERIA 83/2000

Concepción Braun Sandiumenge
Profesora de Enfermería
Fundamental E. U. E.
Universidad de Navarra.
Pamplona

INTRODUCCION

La Asociación Española de Enfermería Docente —entre otras muchas cosas positivas—, se distingue en la elección periodística y sugestiva de los lemas que encabezan las sesiones. El pasado año el lema era: UNA ENFERMERIA PARA EL 2000. este año, las VIII Sesiones se centran en otro capítulo importante: ¿QUIEN DIRIGE LA ENFERMERIA?

Sin duda, uno y otro tema mantienen íntima conexión, al 2000 podemos llegar por pura inercia —dejando simplemente que pasen los años—, o podemos avanzar teniendo claros unos objetivos a conseguir, y para ello nos hace falta saber ¿quién dirige la Enfermería?

Esta Comunicación pretende mostrar, en síntesis, un trabajo que fue realizado en el transcurso del año 1983 y que planteaba cuestiones capitales cara a la Enfermería del año 2000. Trabajo que fue realizado a petición de algunos de los que dirigen la Enfermería. Por eso, entiendo que esta Comunicación encaja perfectamente en estas Sesiones, puesto que sirve de puente para conectar el lema del pasado año, con el actual. Además, si la Enfermería quiere avanzar como ciencia no tiene más remedio que esforzarse por conocer todo lo que sobre temas concretos se ha estudiado o elaborado anteriormente, y si quienes deberían hacerlo lo eluden, no cabe otra posibilidad que mostrarlo en un Foro como el de estas Sesiones.

Fue un trabajo hecho con resposabilidad, esfuezo y dedicación; como tantos de los que uno —a todos nos pasa igual— emprende con la ilusión de que servirá para algo. Así pensábamos los que después de cinco reuniones de trabajo en la sede del Consejo General de Colegios de Ayudantes Técnicos Sanitarios y Diplomados de Enfermería, calle Buen Suceso, 6, de Madrid, dábamos por terminado nuestro trabajo que se plasmó en un Documento de 70 páginas que titulamos «Enfermería 83/2000», corrían los primeros días de septiembre de 1983.

Hoy, transcurrido más de cuatro años, los autores de aquel Documento seguimos esperando que el Consejo Nacional de Enfermería —así llamado comúnmente ejecute las *Recomendaciones* que, a modo de conclusión, incluíamos en la parte final del Documento. Recomendaciones que hacíamos por ser conscientes, todos los integrantes de aquel Grupo de Trabajo

de Técnicos Docentes, de nuestra responsabilidad, asumida no sólo ante la cúpula de la Organización Colegial —a la que debíamos presentar los problemas y soluciones con la máxima honestidad—, sino ante todo los colegiados que eran —que son— en último término quienes pagan, gozan y/o sufren los aciertos y desaciertos que adopten sus representantes colegiales. Y también nuestra responsabilidad ante las Escuelas Universitarias de Enfermería a las que, en escrito del 14 de febrero de 1983, emplazábamos para una «nueva toma de contacto a fin de establecer los cauces más idóneos para conseguir la finalidad que nos hemos propuesto dentro de las medidas encaminadas a la mejora de la profesión de Enfermería» —cita textual de un párrafo de esa carta—, emplazamiento que, a los efectos previstos, ya no tuvo lugar.

Por mi parte, como miembro que asumió la responsabilidad de redactar el Documento, considero que cuatro años largos son un compás de espera más que prudencial, por ello, con mi plena y personal responsabilidad me propongo, en esta Comunicación, dar a conocer a los profesionales de la Enfermería un esbozo de lo que fue aquel proyecto de análisis, ampliación y reforma de la carrera de Enfermería, proyecto que partiendo de la situación de la profesión en el año 1983, proponía resultados a corto, medio y largo plazo, y en concreto cara al año 2000.

¿Cómo se gestó el Documento?: I PARTE

El Consejo General, con fecha 31 de enero de 1983, envió una carta a varias personas entre las que me encontraba, convocándonos a una reunión en la sede del Consejo para el día 12 de febrero. Algunos no pudieron acudir debido a las inclemencias del tiempo, que fueron muy aparatosas; pero, sigamos el relato según se narra en la Introducción del Documento:

> «La reunión se celebró con el Vicepresidente 1.° del Consejo General: D. Rafael Vallespín Montero, y los asistentes fueron: Dña. Joaquina Ribot, Dña. M.ª Paz Mompart, D. José Luis Ramos Y Dña. Concepción Brun.
>
> Desde el primer momento, una de las asistentes, manifestó su imposibilidad de colaborar en estas reuniones de trabajo, por lo que después de una primera toma de contacto, intercambio de opiniones y aportación de algunas sugerencias, abandonó la reunión, que continuó con los restantes, en los que su voluntad de participación, aún siendo a título profesional, era asumida como escalón intermedio entre el Consejo General y las Escuelas Universitarias de Enfermería, a las que correspondería en último término —así se manifestó— poner por obra todo lo relativo a la

docencia en Enfermería y, por tanto, el refrendo definitivo de cualquier anteproyecto que, en esta línea, se elaborase en el seno del Consejo.

Consecuentes con esta premisa, se elaboró un borrador para ser enviado a todas las Escuelas Universitarias de Enfermería, que adquirió cuerpo definitivo en el escrito enviado por el Consejo con fecha 14 de febrero de 1983.

la segunda reunión, celebrada el 18 de abril, fue igualmente presidida por el Vicepresidente 1.º del Consejo General, D. Rafael Vallespín, acompañado por el Vocal de Docencia, D. Cecilio Eseverri, que fue quien posteriormente encabezó las restantes reuniones realizadas hasta la finalización de este Documento. Los asistentes a la segunda reunión fueron, además de los recién mencionados, los siguientes: Dña. Rosa Blasco, Dña. Concepción Brun, Dña. Consuelo González, D. José Luis Ramos, Dña. Joaquina Ribot y Dña. Pilar Torres.

Se constituyó un Comité de Docencia, denominado en el Acta del Consejo General como *Grupo de Trabajo de Técnicos Docentes,* que quedó definitivamente integrado por las siguientes personas:

Dña. Rosa Blasco o Dña. Pilar Torres (por ser ambas de la misma localidad, alternarían su participación; sin embargo, en las reuniones sucesivas, Dña. Rosa Blasco excusó su asistencia, por lo que fue Dña. Pilar Torres quien definitivamente asumió la responsabilidad contraida).

Dña. Concepción Brun.

Dña. Consuelo González.

D. José Luis Ramos.

Un miembro del Consejo General (fue D. Cecilio Eseverri el asignado).

El Grupo de Trabajo de Técnicos Docentes, celebró —siempre en la sede del Consejo General—, un total de cinco reuniones. Su objetivo fundamental era hacer un estudio conjunto de los aspectos principales que inciden en la carrera de Enfermería, desde una perspectiva general que abarcara tanto lo más significativo de la legislación vigente, como el número y la localización de las escuelas Universitarias de Enfermería; la cobertura profesional y su proyección a corto, medio y largo plazo. Todo ello con la finalidad de elaborar una planificación global de los estu-

dios de Enfermería, tanto a nivel Básico como Superior, que cubriése las necesidades de esta última década del siglo XX y proyectase, su área de acción, hacia la dimensión asistencial, docente e investigadora del primer cuarto de siglo del año 2000».

¿Cómo se gestó el Documento?: II PARTE

De la petición cursada a las Escuelas Universitarias de Enfermería, obtuvimos respuesta de las siguientes:

De ANDALUCIA:	4 Escuelas de **Cádiz**	A través de una Comisión conjunta.
	1 Escuela de **Granada**	
	3 Escuelas de **Málaga**	
	3 Escuelas de **Sevilla**	
	1 Escuela de **Córdoba**	
	1 Escuela de **Sevilla**	
	1 Escuela de **Málaga**	
De ARAGON:	1 Escuela de **Zaragoza**	
De BALEARES:	1 Escuela de **Palma de Mallorca**	
De CASTILLA:	1 Escuela de **Cuenca**	
De CASTILLA:	4 Escuelas de **Barcelona**	a través de una Comisión de Escuelas.
	1 Escuela de **Tarragona**	
	1 Escuela de **Hospitalet**	
De GALICIA:	mandó un informe de la E.U.E. el Colegio de Lugo.	
De MADRID:	4 Escuelas de **Madrid** capital	
De NAVARRA:	1 Escuela de **Pamplona**	
De MELILLA:	1 Escuela de **Melilla**	

El resumen de todo lo recibido se insertó en las páginas 63 a 69 del Documento.

Con las sugerencias recibidas de esa treintena de Escuelas, con los conocimientos, inquietudes y aspiraciones profesionales de los integrantes de **Grupo de Técnicos Docentes,** con el respaldo y estímulo del Consejo General —que no faltó en aquel momento— elaboramos con ilusión lo que acabó siendo un interesante Documento.

SINTESIS DEL CONTENIDO DEL DOCUMENTO ENFERMERIA 83/2000

Siguiendo el índice del Documento encontramos los siguientes apartados:

I. Introducción, págs. 1 a 5.
II. Cuerpo del Estudio, págs. 6 a 34.
III. Estudio gráfico, págs. 35 a 62.
IV. Sugerencias de las Escuelas, págs. 63 a 69.
V. Recomendaciones del Comité, pág. 70.
VI. Bibliografía y Notas, pág. 71.

En el **apartado introductorio,** se relata la iniciativa del Consejo General, de formar un Grupo de Trabajo de Técnicos Docentes.

En el **Cuerpo del Estudio,** se abordan distintos aspectos que inciden en la configuración de la carrera de Enfermería y que justifican la necesidad de ampliar los estudios, adecuándolos a los tres niveles de educación universitaria contemplados por la Ley General de Educación. Se presenta un Anteproyecto de reforma del plan de estudios de Diplomado en Enfermería y otro de creación de Escuelas Superiores de Enfermería, esbozando el contenido de la Licenciatura y el Doctorado en Enfermería.

Los **21 epígrafes** del Cuerpo del Estudio, son los siguientes:

1. Contenido material y contenido formal de las Ciencias de Enfermería.
2. Algunas definiciones en torno al concepto de Enfermería.
3. Espacio que ocupa la Enfermería dentro de las Ciencias.
4. Situación actual de la carrera.
5. Limitación e insuficiencia del actual marco legislativo.
6. Precedentes legislativos del *status* académico vigente, que predisponen la creación del segundo y tercer ciclo de Enfermería.
7. Marco académico que precisa y solicita la Enfermería: I, II, III Ciclo.
8. Configuración de las Escuelas Superiores y vinculación con las E.U.E.
9. Situación actual de las Escuelas Universitarias de Enfermería.
10. Cobertura profesional. Recursos Sanitarios: Humanos y Materiales.
11. Definición de puestos de trabajo.
12. Control de Calidad: Mínimos y Máximos aconsejables. Intrusismo.
13. Enfermería Básica. Diplomado en Enfermería.

14. Revisión y propuesta de modificación del plan de estudios de Diplomado en Enfermería.
15. Rendimiento máximo de las aptitudes intelectuales de los profesionales de la Enfermería.
16. Administración, Investigación y Docencia.
17. Segundo y Tercer Ciclo de los estudios de Enfermería.
18. Organigrama de los estudios de Enfermería.
19. Profesorado.
20. Reflexiones en torno a este Documento.
21. Resultados a corto, medio y largo plazo. Breve estudio experimental.

En el *Estudio gráfico* se analizan datos estadísticos desde diferentes perspectivas: Estado, Comunidades Autónomas, Provincias y Municipios. Las variables codificadas son:

Extensión Km2.	D. Enfermería colegiados.
Población de hecho.	Alumnos, media crecim. anual.
Densidad de población.	E.U.E.
N.º de Municipios.	Proporción D. Enf./Pobl.
Establecimientos hospitalarios.	Proporción Pobl./D. Enf.
Unidades de hospilización.	Ambulatorios S. S.

En las **Sugerencias de las E.U.E.,** se recopilan, resumidamente, las opiniones y modificaciones enviadas por las Escuelas en respuesta a la petición cursada por el Consejo General, a instancias del Grupo de Trabajo. Se hace notar la dificultad que supuso standarizar los datos, por su enorme heterogeneidad.

Las **Recomendaciones** están escritas en la página 70. En ese apartado el Comité, redactor y artífice del Documento, se permitía dar algunos «consejos». Los miembros de dicho Comité, o Grupo de Trabajo, eran muy conscientes de su condición de colegiados. No habían trabajado ni a destajo ni a sueldo a expensas de un amo; al contrario, habían aportado su capacidad y su tiempo al servicio de una noble causa, desinteresadamente. Noble causa —la profesional— de la que ellos eran parte tan importante como lo eran igualmente la enfermera recién diplomada, o el propio Presidente del Consejo, o la Presidenta de cualquier Asociación de Enfermería, nacional o internacional. Consideraban su trabajo válido —aunque siempre mejorable—, por ello querían contrastarlo con la opinión de otros profesionales; así lo expusieron verbalmente al Consejo General, y así lo manifestaron por escrito, como lo demuestra la **2.ª Recomendación** del final del Documento:

«Este Documento pretende mostrar la realidad actual de nuestra

profesión y presentar planes de mejora. Nuestro propósito sería encontrar el refrende de los Organismos Internacionales. RECOMENDAMOS LA PRESENTACION DE ESTE DOCUMENTO —para su aprobación o rectificación y mejora— EN EL INTERNACTIONAL COUNCIL NURSING».

Y la **3.ª Recomendación,** que dice así:

«Los autores de este Documento deseamos contar con el interés de todos los profesionales de la Enfermería; al igual que muchos de ellos, quizá no podamos obtener personalmente las mejoras académicas que aquí apuntamos, pero deseamos la mejora de la profesión independientemente de los esfuerzos personales que nos pueda costar alcanzarla. Nos gustaría que en esta línea, fueran las inquietudes de cuantos tengan que valorar este Documento que, RECOMENDAMOS SEA EXAMINADO POR CUANTOS TENGAN RELACION CON LA ENFERMERIA, ESPECIALMENTE ESCUELAS UNIVERSITARIAS DE ENFERMERIA, CENTROS HOSPITALARIOS (Direcciones de Enfermería), COLEGIOS PROFESIONALES Y ORGANOS DE LA ADMINISTRACION COMPETENTES.

CONCLUSION

Hace cuatro años era menos frecuente insistir en la conveniencia de ampliar y mejorar —también académicamente— la carrera; hoy, sin embargo, cada vez es más habitual referirse a la necesidad del II y III Ciclo de Enfermería. Son muchas ya las voces que se alzan en favor de la Licenciatura y el Doctorado. En *«Enfermería 83/2000»* apuntábamos —a este respecto—, un breve estudio experimental cara al año 2000. Partiendo de un supuesto extraíamos unas conclusiones, las exponíamos en el último punto del Cuerpo del Estudio, el apígrafe 21 que, aquí me permito copiar en su integridad, dice así:

«Supongamos que se comenzara con un plan experimental y se crearan, en toda España, unas cinco Escuelas Superiores de Enfermería a partir del curso 1984/85. La primera promoción de Licenciados finalizaría en 1987; de ellos sólo unos pocos —como es habitual— cursarían el Doctorado, que podrían tener finalizado hacia el año 1990. Quizá para ese año, con suerte, podrían expedirse de 10 a 15 doctorados (2 ó 3 por Escuela). Si para entonces ya hubiesen comenzado a funcionar un mínimo de una Escuela

Superior de Enfermería por cada Comunidad Autónoma, quizá podríamos llegar a tener unos 40 doctorados por año a partir de 1995, y quizá —para el año 2000— podríamos haber totalizado unos 300 Doctorados en Enfermería.

Si pensamos, por otro lado, que la enseñanza en Enfermería debe abastecerse de los propios doctores en Enfermería, nos encontraríamos —en el año 2000— que aún tendríamos sin cubrir la plantilla de profesores, porque repartir 300 doctores entre unas 100 Escuelas (Universitarias y Superiores) daría una media de tres profesores doctores por Escuela, número a todas luces insuficiente.

Lógicamente, dispondríamos también, en el año 2000, de personal Licenciado que podría cubrir las plazas de Profesor Ayudante; y las plazas de Supervisión, Dirección u otras en el área asistencial, pero en ningún caso sería excesivo para cubrir todas las vacantes.

Predecir el futuro no es objetivo de este Documento, pero sí lo es mostrar la urgente necesidad de los niveles superiores de Enfermería. La toma de conciencia de este problema redundaría positiva o negativamente sobre todos, pues todos somos beneficiarios potenciales de la Enfermería».

Así terminaba el Cuerpo del Estudio presentado en el Documento. Hoy, después de cuatro años, el curso 84/85 —origen de ese supuesto— queda ya lejos, ninguna promoción de Licencias finalizó en 1987. Pero no está todo perdido; si no 300 Doctores quizá sí 100 Doctores en Enfermería podamos tener para el año 2000. Lo importante es abrir la vía académica para la Licenciatura y comenzarla bien, con contenidos propios de Enfermería, sólo así lograremos un cuerpo compacto de Ciencia. La Ponencia de Reforma de Enseñanzas Universitarias (Informe Técnico del Grupo de Trabajo n.º 9) y el R. D. 992/1987, d 3 de julio, por el que se regula la obtención del título de Enfermero especialista, quizá podrían ser inductores de esa vía académica que tanto necesitamos.

EPILOGO

En el año 1983, el trabajo de unos pocos dejamos quedase hipotecado —temporalmente— por el Consejo Nacional, quizá por ese respeto máximo —no sé si inmerecido— a la Corporación Colegial. No es ahora la falta

de respeto lo que me lleva a romper el silencio, pues es sólo un esbozo del Documento lo que aquí se da a conocer —publicar su totalidad sería mutuo consenso de todos los que figuramos como autores—. No es, pues, falta de respeto a la Corporación Colegial, es una manifestación de apoyo a la temáica de las VII y VIII Sesiones de Trabajo de la A.E.E.D., y es un «SOS» lanzado al aire en espera de que todos los profesionales nos decidamos a hacer causa común, pero razonable, de todo lo que suponga mejorar la profesión, con rigor crítico y rectitud profesional, sin manipulaciones ni protagonismos personales; abiertos a todas las sugerencias válidas vengan de donde vengan, sin intereses parciales, reduccionistas o políticos que primen sobre los profesionales. Es una aspiración que desearía fuese asumida, compartida y puesta en práctica por todos.

Muchas gracias.

BIBLIOGRAFIA

DOCUMENTO ENFERMERIA 83/2000. Grupo de Trabajo de Técnicos Docentes: Torres Egea, Pilar; Ramos Galacho, José L.; González Huerga, Consuelo; Eseverri Chaverri, Cecilio; Brun Sandiumenge, Concepción. // Consejo Nacional de Enfermería. Agosto de 1983.

10. Comunicación

LA FORMACION SUPERIOR EN ENFERMERIA, UN CAMINO PARA EL LIDERAZGO

Pilar Arcas Ruiz
Dirección General de Ordenación Sanitaria. Consejería de Salud. Junta de Andalucía

I. INTRODUCCION

Este trabajo intenta ser una aportación más a la consecución de los objetivos 2.º y 3.º de estas VIII Jornadas:

— Discutir las posibilidades reales de la Enfermería para conseguir el autogobierno.
— establecer la importancia de la contribución de la educación para la formación de líderes.

Nace de la reflexión iniciada el pasado año con la coincidencia de dos circunstancias:

Por una parte mi vinculación al Programa de Formación Superior de Enfermería en Andalucía, me obligó a realizar una revisión bibliográfica en torno al grado de definición y conceptualización de la Enfermería, alcanzado en los últimos años.

Por otro lado el desarrollo de las VII Jornadas de la A.E.E.D. me habían producido una vaga inquietud, por lo que temía pudiese ser un posible impasse. Al margen de la pulcritud de las exposiciones, constataba un tinte de recapitulación, en el que presagiaba la culminación de un período, que podía significar:

— Reiteración y posterior decadencia.
— Renovación e inicio de una nueva etapa.

Recuerdo durante la vuelta a Granada la frase, con la que comentábamos estas impresiones: «América ya está descubierta, no hay que insistir más, ahora hay que enviar barcos a explorarla».

¿A qué nos referíamos?

En nuestro país en los diez últimos años se ha llevado a cabo un fecundo debate, ya sea en publicaciones o auditorios, que ha dilucidado la NECESIDAD DE SER (identidad, constancia, cambio de educación, funciones) a la vez que se empieza a discernir y enunciar el QUE SER (definición de Enfermería, aplicación de cuidados...). Especialmente clarificado-

res han sido artículos como «Hacia una definición de Enfermería» (R. Tey), «La Enfermería y la Palabra» (R. M. Alberdi), «Utilización positiva y negativa de las teorías de Enfermería» (R. Poletti), los documentos sobre «La Formación Postbásica en Enfermería» de la A.E.E.D., o la traducción al castellano de nuestras maestras (Henderson, Orem, King, Roper...).

Procede entonces la pregunta ¿por qué, si las necesidades están tan claras, no se traducen en una transformación de los cuidados prestados, de la organización de los servicios o de los contenidos de la educación? ¿Qué le está ocurriendo a la conciencia colectiva profesional? ¿Qué tipo de profesionales estamos necesitando?

Es evidente, que se hace necesario abordar también el CÓMO SER.

Una aproximación a estas preguntas pretende esta comunicación mediante los siguientes objetivos:

— Realizar un breve análisis del proceso de cambio operado en el seno de la profesión, con particular atención a los obstáculos, que condicionan el avance.
— Proponer una vía, que contribuya a la clarificación en la esfera del conocimiento de la Enfermería y posibilite la formación de líderes, que cooperen en la transformación.

II. EL PROCESO DE CAMBIO DE LA ENFERMERIA Y SU TENDENCIA ACTUAL

En torno a los años 50 se inicia en el seno de la Enfermería un proceso de explicitación y renovación, del que voy a destacar en esquema los aspectos más relevantes:

1. **Trayectoria de la Organización Mundial de la Salud.** Entre 1950 (fecha del I Informe sobre Enfermería) y 1986 se ha producido de una manera gradual el reconocimiento de:

   — La enfermería como profesión independiente.
   — Los CUIDADOS como ámbito de responsabilidad propio de las enfermeras.
   — La necesidad de reorientación del contenido de los cuidados.
   — Las enfermeras como líderes y motores de cambio en la transformación de la Atención a la Salud en su conjunto.
   — La necesidad de establecer la educación de más alto nivel para posibilitar el desarrollo profesional y la cualificación de los cuidados.

2. Cambios en el marco legislativo, profesional y docente en España.

Aunque con muy graves contradicciones (el bloqueo desde 1984 de la Ley de Funciones de Enfermería o la inexistencia de III Ciclo en la Enseñanza, despojan a las enfermeras del control profesional y docente) han comenzado a producirse en nuestro país condiciones propiciadoras de transformaciones más profundas.

— Aparecen nuevas asociaciones profesionales, que proporcionan una nueva forma de expresión y presentan alternativas al modelo profesional hasta entonces vigente.
— Hace 10 años se integraron las Escuelas de Enfermería en la Universidad.
— En las actualidad el Grupo IX del Consejo de Universidades estudia la modificación de los Planes de Estudios y propone la estructuración del 2.° Ciclo (licenciatura) aunque aún no se menciona el Doctorado.
— Se inicia el reconocimiento de ciertas actividades o modalidades de atención propias de la Enfermería en el ámbito de la Atención Primaria.
— Se crean las direcciones de Enfermería en los hospitales.
— Se crean las Consultas de Enfermería.

3. Nivel de desarrollo teórico alcanzado por la Enfermería.

También en torno a los 50, y no por azar, V. Henderson inicia una reflexión en torno al quehacer en Enfermería, que trata de identificar sus componentes, delimitar el ámbito de actuación conforme a los requirimientos que la sociedad le demanda y establecer su propia metodología. Todo ello va cobrando cuerpo desde distintas perspectivas teóricas, constituyendo lo que hoy conocemos como tendencias y modelos de Enfermería: se está gestando la TRANSFORMACION de oficio con alta cualificación a DISCIPLINA APLICADA DE CARACTER CIENTIFICO.
La constitución de una disciplina científica se caracteriza en sus etapas iniciales por:

— Proceso de definición de su OBJETO.
— Desarrollo de una TAXONOMIA, que permite establecer:

  * Categorías que contribuyen a identificar problemas.
  * Un marco teórico de referencia común.
  * Una terminología unificada.
  * Una estructura para la investigación.

— Aplicación de la TECNOLOGIA apropiada a la solución de los enigmas que se le plantean.

Y si me permiten por unos momentos seguir el esquema de T. S. Kuhn, veremos que la transición se produce cuando el grupo de personas que cultivan una actividad determinada se aglutinan bajo un PARADIGMA COMUN, entendiendo por PARADIGMA.

Aquella formulación teórica que se caracteriza por:

* lograr un número amplio y durardero de partidarios.
* abre, sobre una esfera de la realidad, los interrogantes suficientemente relevantes para el quehacer investigador.
* proporciona modelos, de los que surgen tradiciones coherentes de investigación científica.

Las distintas formulaciones sobre la Enfermería convergen en torno a tres conceptos clave: NECESIDAD, ADAPTACION, CUIDADO.

El concepto de ADAPTACION ha sido desarrollado a partir de la Biología, el concepto de NECESIDAD haya su respuesta predominante desde el campo psico-social, parece, pues, que es el concepto CUIDAR quien cobra significado en el campo de la Enfermería.

Así, pues, encontramos:

— Existe consenso, al menos entre las que se denominan enfermeras, en erigir el CUIDADO en OBJETO de su disciplina.
— Existe también una TAXONOMIA, el CODIGO DE DIAGNOSTICOS iniciado por la Asociación Norteamericana de Diagnóticos de Enfermería.
— No está tan clara en este momento la TECNOLOGIA del cuidado.

Las preguntas ahora son:

— ¿Está clara la formulación del objeto de la Enfermería?
  * ¿La palabra cuidado tiene categoría de paradigma?
  * ¿Aglutina a la mayoría de las enfermeras?
  * ¿Abre enigmas a la investigación?
  * ¿Es capaz de generar teoría?
— ¿Están suficientemente desarrollados los diagnósticos?
  * ¿Cubren las necesidades de los pacientes?
  * ¿Sirven para guiar la práctica asistencial?
— ¿Nuestra tecnología es la apropiada o corresponde a lo requerido por otras disciplinas?
  * ¿Qué es el cuidado? Normalmente, al intentar responder esta pregunta directa tomamos la T.A., enseñamos la técnica del baño en cama, o decimos vaguedades en torno a la educación sanitaria o la teoría de la comunicación.

4. **Dificultades al avance profesional.**

En los tres puntos precedentes hemos dibujado las suficientes circunstancias favorables e interrogantes, como para asistir a un panorama en ebullición y, sin embargo, la investigación es prácticamente inexistente y los campos asistencial y administrador apenas se dejan penetrar por la riqueza de esta realidad.
A mi juicio, existe una poderosa razón que paraliza a la Enfermería, su POSICION de DEPENDENCIA doblemente reforzada por su:

— Subordinación en la división técnica y social del trabajo en el interior del sistema sanitario.
— Subordinación en el nivel ideológico y técnico al discurso médico-biológico.

No es que las enfermeras seamos incapaces, sino que, empíricas por formación, nos hayamos atrapado en los marcos teóricos referentes del modelo médico hegemónico. Es, por tanto, el discurso clínico-biológico, y no el propio de la Enfermería, quien absorve nuestras técnicas, nuestra dedicación y nuestro pensamiento.

5. **¿Qué tipo de líderes?**

Es prioritaria la necesidad de formar profesionales que sean capaces de:

— Contribuir a la construcción del paradigma del CUIDADO.
— Criticar, precisar y ampliar el CODIGO DE DIAGNOSTICOS.
— RE-CREAR la tecnología del cuidado en un marco referencial propio.
— Difundir y aplicar teoría y técnica a la práctica asistencial.
— Desarrollar investigaciones.
— Difundir sus conocimientos y publicar en revistas de prestigio internacional.
— Ocupar los máximos campos que preven las estructuras docentes de nuestro país.

Podríamos resumir estas aptitudes en dos tipos de líderes:

— Enfermeras ASISTENCIALES, sólidamente formadas, para identificar, resolver e investigar acerca de las necesidades humanas e implicar a sus compañeros en un estilo de ejercicio profesional.

— Enfermeras TEORIZADORAS capaces de ampliar su cuerpo de conocimientos y proporcionar a las primeras las «certidumbres» necesarias para el desempeño profesional.

Ambos tipos de liderazgo no necesariamente han de darse disociados; en todo caso la necesaria confrontación teoría-praxis ha de ser la condición para una eficaz retroalimentación.

III. EL CURSO SUPERIOR DE ENFERMERIA

La Dirección General de Ordenación Sanitaria de la Consejería de Salud, sensible a la necesidad del cambio en los programas docentes de la formación de los profesionales de la salud y consciente del protagonismo, que las enfermeras han de asumir como motor de cambio de su propio rol y de los servicios de salud en su conjunto, a propuesta de Rosa M.ª Alberdi, apoyó la creación de un PROGRAMA DE DESARROLLO DE LA FORMACION SUPERIOR DE ENFERMERIA EN ANDALUCIA, vertebrado en torno a dos ejes fundamentales:

— CURSO SUPERIOR DE ENFERMERIA.
— Creación del marco apropiado para la investigación de Enfermería en Andalucía.

Entendiendo por Formación Superior:

— Nivel más elevado de la Enseñanza impartida en un país.
— Comprende al menos el GRADO de LICENCIADO y la posibilidad de acceso al DOCTORADO.
— Proporciona al profesional plena responsabilidad asistencial, docente e investigadora en el campo que le es propio.

Conscientes también de que la estructuración de la Formación Superior en cualquier disciplina implica decisiones a más altas instancias institucionales (Sanidad y Educación, nivel Antónomo y del Estado) pero asumiendo la responsabilidad del sistema sanitario en velas por la calidad de la formación de sus profesionales propone el CURSO SUPERIOR DE ENFERMERIA como el instrumento, que ofrezca desde la experiencia concreta la demostración, sin a priori corporativos, de que lla Enfermería requiere de manera inaplazable la formación de más alto nivel exigida para una disciplina autónoma.

Desde el primer momento el Curso Superior de Enfermería ha sido concebido como la estrategia complementaria a la acción institucional que el Grupo IX realiza en la Reforma del Plan de Estudios de Enfermería proporcionando el argumento de la evidencia.

La base documental consultada fue:

— Documentación existente en nuestro país en torno a la formación postbásica.

— Selección de Programas de Enfermería Fundamental de diversas Escuelas Universitarias de Enfermería.
— Legislación española en torno a la Formación Universitaria.
— Documentación de la O.M.S. respecto a la formación de las enfermeras.
— Algunos Programas de licenciatura existente en otros países.

PROPOSITOS

Proporcionar los instrumentos que permitan a la Enfermería Española:

— Elaborar y sustentar la teoría de su aportación al Cuidado de la Salud.
— Ampliar el cuerpo de conocimientos profesionales.
— Establecer métodos de trabajo, que eleven la calidad de los Cuidados.
— Desarrollar pautas para la Formación Superior de Enfermería.

OBJETIVOS

Para conseguir estos propósitos, el Curso deberá preparar enfermeras que sean capaces de:

— Definir y sustentar el concepto de CUIDAR como la aportación de la Enfermería a la atención de Salud.
— Trabajar en las diferentes áreas funcionales de la Enfermería, aplicando los métodos más adecuado desde la perspectiva del CUIDADO.
— Investigar e incorporar los hallazgos obtenidos al cuerpo general de conocimientos de la profesión.
— Asumir la responsabilidad de crear opinión y transmitirla, tanto a profesionales como a la sociedad.
— Defender el modelo de imagen profesional que mejor refleje la aportación de la Enfermería.

Se han previsto siete áreas de conocimientos que podemos agrupar en tres grandes bloques:

I Bases teóricas e histórico-filosóficas en las que se fundamenta la Enfermería.
II Técnicas auxiliares al desarrollo de una disciplina científica.
III Desarrollo actual de las Ciencias de la Enfermería.

El diseño del curso consta de cuatro módulos de 400 horas lectivas aproximadas cada uno con la siguiente distribución (Tabla núm. 1).

MODULO I

Area 1

Historia y Filosofía de la Atención Sanitaria

Pretende situar el estudio de la Enfermería de un modo crítico en el contexto histórico-filosófico, que ha enmarcado su desarrollo, y estudiar aquellas otras concepciones de la salud vigentes, aunque no dominantes, que pueden enriquecer nuestro acervo teórico así como el repertorio de los cuidados.

Area 2

Teoría del Conocimiento Científico

Dirigida a identificar y reconocer las principales posiciones dentro de la comunidad científica, respecto al propio quehacer científico y su función social y a crear una vía reflexiva que posibilite la emancipación del discurso bio-médico.

Area 3

Estadística

MODELO II

Area 4

Técnicas de Investigación

Area 5

Adaptación y necesidades humanas

Como la misma denominación sugiere se trata de estudiar los significados de los conceptos NECESIDAD y ADAPTACION desde la triple perspectiva bio-psico-social, para incorporarlos al discurso propio de la Enfermería.

MODULO III

Area 6

Teoría del Cuidado

En ella se pretende proporcionar una visión general de las principales tendencias de Enfermería, a través del estudio de las autoras más significativas y sus escuelas, tanto desde la perspectiva teórica como de las respectivas metodologías.

Se han seleccionado como figuras representativas:
- Florence Nightingale.
- Hildelgarde Peplau.
- Marta Rogers.
- Dorotea Orem.
- Virginia Henderson.

Estudiando respecto a cada escuela:
- Fundamentos teóricos.
- Definición de Enfermería.
- Metodología.
- Cuidados.
- Experiencias realizadas.

Area 7

Métodos y ténicas del CUIDADO

El propósito fundamental es contribuir a delimitar el área de LIBERTAD de PRESCRIPCION propia de la Enfermería a través del estudio de la Metodología y de la incorporación de una nueva TECNOLOGIA del CUIDADO, superando así la dependencia farmacológica.

La novedad de este área es iniciar la búsqueada de esas nuevas técnicas del CUIDADO a través de un amplio panel de TALLERES EXPERIMENTALES dirigidos a explicitar lo que Florence Nightingale nos quería transmitir con el «uso adecuado de la luz, el aire fresco, el calor, la tranquilidad...».

MODULO IV

Se dedica en su totalidad a la realización de un Proyecto de Investiga-

ción que el alumno habrá elegido y diseñado en colaboración con un tutor responsable.

La previsión de puesta en marcha es octubre de 1988.

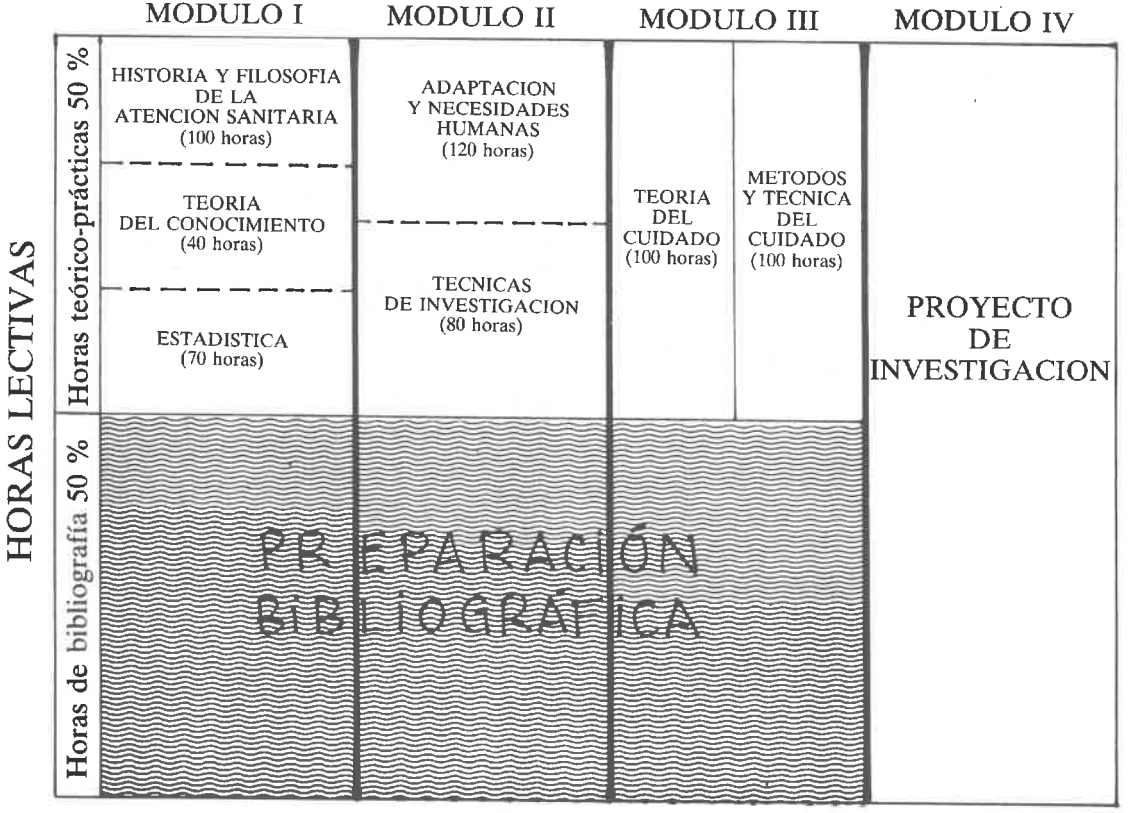
Llevar a buen puerto este proyecto es la responsabilidad, que he tenido la temeridad, también la satisfacción, de asumir, con la ayuda inestimable de un experto equipo multidisciplinar de colaboradores.

Conclusiones

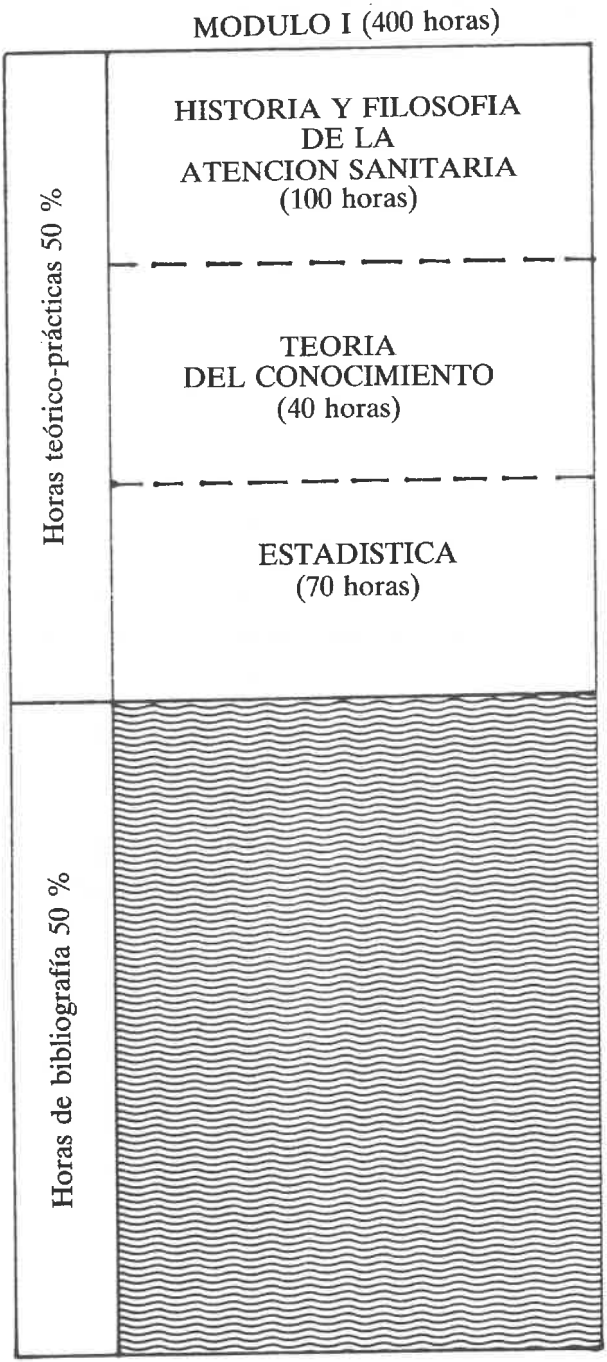
* Consideramos de la máxima urgencia la formación de líderes cuya prioridad sea la clarificación del OBJETO de sus disciplinas y su transmisión al conjunto de la Enfermería.
* la Formación Superior es condición indispensable para la constitución de la Enfermería en disciplina autónoma.
* Ofertamos el Curso Superior al Grupo IX del Consejo de Universidades como base de diseño y experiencia para la estructuración de la licenciatura en el nuevo Plan de Estudios de Enfermería.
* Reiteramos nuestro ofrecimiento a la A.E.E.D., así como a otros sectores responsables de la Enfermería a comprometerse en el desarrollo de este proyecto.

Sólo me queda decir que el barco que desde la Comunidad Autónoma Andaluza enviamos a explorar América, esto es, desarrollar los saberes propios de la Enfermería, es este PROGRAMA DE FORMACION SUPERIOR. Hemos puesto una gran dosis de esperanza en que esta expedición sea ampliamente compartida.

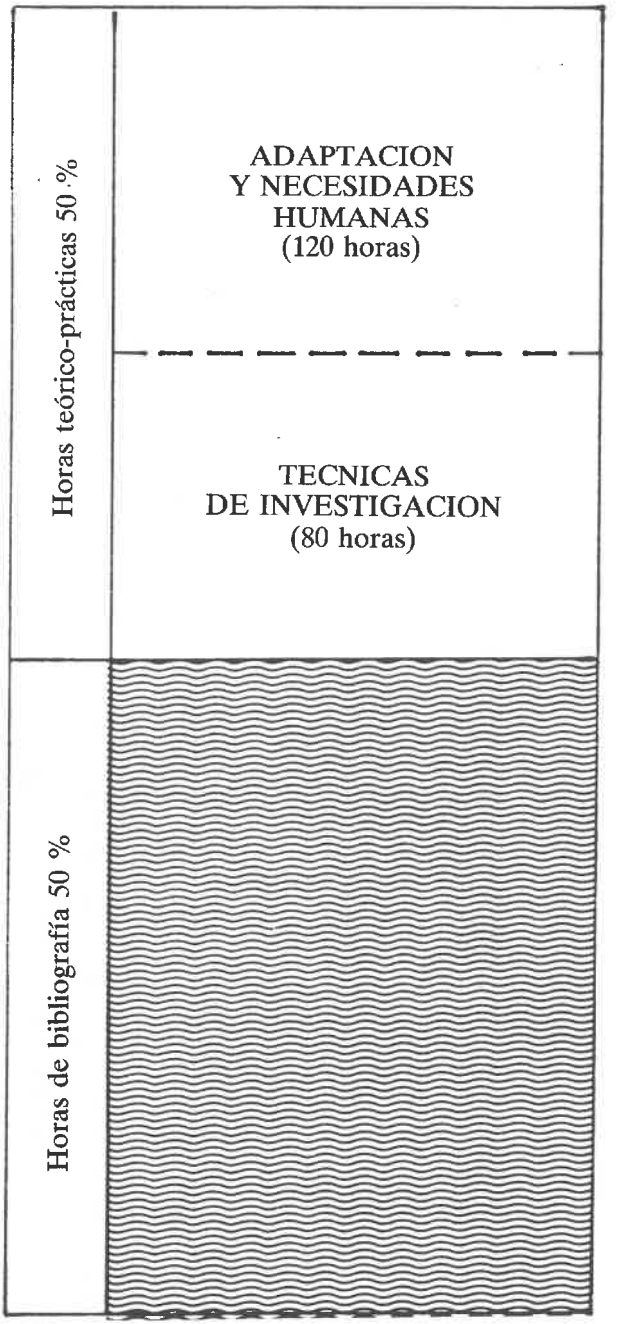
PROPUESTA DE DISTRIBUCION DE MODULOS Y AREAS DE CONOCIMIENTO



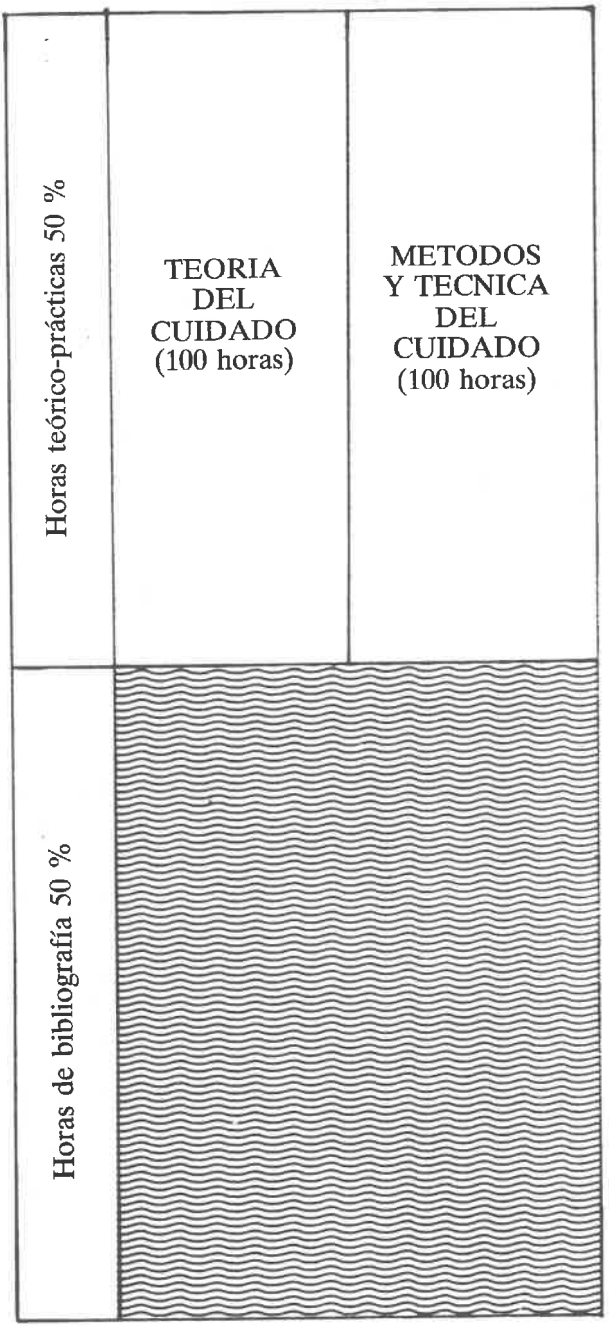
MODULOS: 400 horas lectivas { 200 horas teórico-prácticas
200 horas preparación bibliográfica


MODULO I (400 horas)
Horas teórico-prácticas 50 %
HISTORIA Y FILOSOFIA DE LA ATENCION SANITARIA (100 horas)
TEORIA DEL CONOCIMIENTO (40 horas)
ESTADISTICA (70 horas)
Horas de bibliografía 50 %

MODULO II (400 horas)



MODELO III (400 horas)



BIBLIOGRAFIA

ALBERDI CASTELL, R. M. (1986): *La Enfermería y la Palabra.* Ed. Rol. 91. 48-51. Barcelona.

CARPENITO, L. J. (1987): *Diagnóstico de Enfermería.* Interamericana-Mc Graw. Hill. Madrid.

KUHN, T S. (1980): *Estructura de las revoluciones científicas.* Fondo de Cultura Económica. México.

MAHLER, H. (1986): *¿Por qué el liderazgo en salud para todos?* Encuentro Internacional sobre «Liderazgo en Enfermería en Salud para todos». Tokio. Ed. Mimeo. A.E.E.D.

POLETTI, R. (1982): *Utilización positiva y negativa de las teorías de Enfermería.* Mimeo. Inédito.

TEY, R. (1982): *Hacia una definición de Enfermería.* III Sesioners de Trabajo de la A.E.E.D. Barcelona. Ed. A.E.E.D. Madrid.

VARIOS AUTORES (1981): *la formación Postbásica en Enfermería.* II Sesiones de Trabajo de la A.E.E.D. Madrid. Ed. Rol. Barcelona.

11. Comunicación

EDUCACION PARA EL LIDERAZGO EN LA E. U. E.

María José Aguilar Cordero
Rosario Ros Castro
Jesús Florido Navío
Departamento de Enfermería
de la Escuela Universitaria
de Enfermería de la Universidad
de Granada

1.— INTRODUCCION

El objetivo fundamental de la E.U.E. es la dormación de nuevos profesionales de la enfermería. La educación o docencia se programa con el fin de capacitar al alumno para que, al finalizar sus estudios se sienta capacitado y encuentre motivación en ser un educador o «líder» en el medio en donde viva y ejerza su profesión.

Se trata, pues, de constituir un colectivo en el que la actitud hacia la educación se convierta en el medio imprescindible para el fomento y el mantenimiento de la salud.

Es objetivo prioritario, también, en el programa docente que el aprendizaje tenga una gran proyección social. Es decir, que el alumno, al tiempo que recibe las enseñanzas adecuadas, realice servicios y/o cuidados tanto al individuo como a la comunidad. Será un ejemplo a seguir el papel de liderazgo social sanitario que el practicante/enfermera desarrollaba en el medio rural.

2.— **Necesidad de la educación del alumno**

Proyectásemos en el alumno las inquietudes que le permitan desarrollar su capacidad para conducir, orientar, dirigir o simplemente insinuar el camino al colectivo social en donde se desarrolla su labor.

Descomponemos nuestra intervención docente en los siguientes apartados:

a) *El alumno como educador.*
   Recibe conocimiento sobre el medio en donde estudia con el fin de modificar o establecer hábitos y conductas en beneficio de la salud.
b) *El alumno como dirigente de grupos (colegios, guarderías).*
   Es importante que el alumno vea en la infancia al colectivo de ma-

yor receptividad informativa. Se inicia así en la enseñanza del liderazgo creativo. Encontrando, al mismo tiempo, en un ambiente mutuamente productivo la resolución de las tres funciones básicas: educativa, administrativa e investigadora.

El alumno en su medio

Se pretende que el alumno, en el desempeño de sus prácticas docentes, preste servicios educacionales tanto a su familia como a su círculo de amistades y de relaciones y, en general, a la comunidad en donde vive.

Para la satisfacción del trabajo bien realizado es preciso incluir la planificación y la organización de las actividades. El maestro como líder de grupo, es el responsable de que el grupo viva y crezca cohesionado.

La educación para el liderazgo en salud, como una disciplina más, debe ser planificada para que su desarrollo y puesta en práctica sea efectivo.

A partir de estas consideraciones, nace el interés de la E.U.E. por crear las bases científicas por las cuales el alumno puede cumplir los cometidos que aquéllas requieren.

En los centros de trabajo, los profesionales de enfermería deben participar en la educación y en la práctica de la administración. Deben ser, pues, miembros activos a todos los niveles, tanto en la programación como en la ejecución de la política sanitaria de los medios en donde se desenvuelven. Participación que se traduce en responsabilidades ya sean hospitalarias, extrahospitalarias o docentes.

3.— **Trabajos en grupo**

La metodología didáctica, las técnicas docentes y, en general, todo el proceso educativo debe ir encaminado a la educación para el liderazgo en salud. Para conseguirlo, los alumnos desarrollan todos los temas de interés para la salud y la educación. A saber:

— Administración y dirección.
— Higiene y alimentación.
— Prevención de enfermedades.
— Protección de salud.

Todo proceso de trabajo debe apoyarse en el desarrollo de todas y cada una de las siguientes etapas:

a) Captación de la situación con toda amplitud y significación.
b) Selección del conjunto de datos, de aquellos referentes a los temas de estudio.
c) Hallar la solución más adecuada.
d) Comprobación de los resultados esperados.
   a) Adquieren conocimientos de planeamiento y organización dirigidos por el profesorado para actuar, más tarde, como profesores. Se llevan a cabo programas de educación en centros del tipo de colegios, guarderías o centros de salud, así como en las visitas domiciliarias.
   b) A través de los equipos de salud, el alumno participa en los temas de interés de aquel momento.
   c) Y ello con los medios de que se dispone.
   d) Mediante las distintas evoluciones y la coordinación de las mismas. Estas valoraciones deben constituir un fenómeno continuo de análisis, tanto de lo positivo como de lo negativo. Los trabajos deben de ser juzgados siempre que existan unas metas previamente definidas. Y éstas en contacto directo con el personal que las lleva a cabo.

4.— **Liderazgo y respuesta pedagógica**

El objetivo principal del líder o maestro es, sin duda, el de orientar al grupo a su cargo en la dirección correcta. Debe decidir, además, qué enfoque o táctica serán los más adecuados para que el grupo de alumnos avance de manera constante.

En todo caso, la enseñanza impartida debe producir resultados compatibles con los objetivos y las metas propuestas.

En tales metas deben incluirse, necesariamente, el espíritu de cooperación, el entusiasmo y el rigor en el desempeño del trabajo realizado.

El líder debe de obtener de sus discípulos un cambio en las actitudes pasivas/negativas por otras activas/positivas. Y ello importando siempre más la calidad de ese cambio que la cantidad del mismo.

El profesor será un buen líder de sus alumnos si consiguen que éstos avancen en su formación —y sean conscientes de ello— viéndola como resultado de su aplicación personal más que como influencia de aquél. Ese avance se traduce en la satisfacción que produce alcanzar las metas propuestas.

5.— **Conclusiones**

La educación y el liderazgo en salud son factores de primer orden que la enfermería necesita para la obtención de su autogobierno como actividad autónoma dentro del colectivo que se ocupa de la atención social de individuos y colectividades.

Se trata de una profesión básica en la elevación del nivel de salud de la comunidad y en la toma de conciencia de la importancia que aquélla tiene para todos.

A través de nuestra experiencia como profesora titular de la E.U. de Enfermería, de Enfermería Infantil, Pediatría y Puericultura, concluimos nuestra aportación a la presente ponencia realizando las siguientes puntualizaciones, a modo de resumen:

1.° La educación para el liderazgo debe ser concebida, sin improvisaciones, es decir, debe ser concebida e impartida como una actividad planificada.
2.° Debemos tener un completo conocimiento del medio en donde se desarrollan las *actividades educativas*. De esta forma podremos dar lugar a la formación de actitudes positivas hacia *la actividad posterior* del alumno.
3.° La participación activa del alumno debe ser fomentada ya desde el propio plan de estudios. Se deben aportar enseñanzas de administración en Enfermería, aprendizaje básico para desempeñar cualquier puesto dirigente.
4.° Indiquemos, por último, que la educación del alumno debe enmarcarse dentro de una *planificación integral* que comprenda tanto al personal docente como a los profesionales de los distintos sectores de la sanidad.

Finalizamos afirmando que la Enfermería es una disciplina teórico-práctica y científica. Para practicar la enseñanza de una manera efectiva, el personal docente debe insertarse en los medios hospitalarios y extrahospitalarios con el fin de conseguir tanto credibilidad como acceso a los ambientes de investigación. Aseguramos que Enfermería tendrá un negro futuro si no mantenemos un alto nivel de preparación práctica, a través de la educación continua y permanente así como de la participación en proyectos de investigación.

BIBLIOGRAFIA

LUIS SALLERAS SANMARTIN: 1986. *Educación Sanitaria.* Díaz de Santos. Edición I.
HERNAN SANMARTIN y VICENTE PASTOR: 1986. *Salud comunitaria (teoría y práctica).* Díaz de Santos. Edición 1.ª

SEGALL y otros: 1986. *Métodos para diseñar cursos en la ciencia de la Salud.* Díaz Santos. Edición 1.ª
CUESTA MORENO y GUTIERREZ: 1986. *La calidad de la asistencia hospitalaria.* Díaz de Santos Ediciones. Madrid.
Manual de la atención primaria. Junta de Andalucía.
Liderazgo y administración en Enfermería. Autor T. KRON. Edt. Interamericana. Edición 5.ª México 86.
Administración de los servicios de Enfermería. Edt. Interamericana. Autor L. M. SIMMS y LOL. Edición 2.ª México 86.

NOTA:

Algunas de las actividades que hemos descrito en la presente comunicación se están llevando a cabo por grupos de alumnos de Enfermería de nuestra Escuela Universitaria de Granada.

Aquí pretendemos exponer y analizar los resultados obtenidos y poder emitir, por ello, algunas conclusiones preliminares de dichas actividades.

12. Comunicación

UNA EXPERIENCIA EN LA MOTIVACION DE ACTITUDES PARA LA DOCENCIA

M. Esperanza Rayón Valpuesta
M. Pilar Martínez Barbarín
Escuela Universitaria
de Enfermería de la
Universidad de Navarra

INTRODUCCION

En esta comunicación tratamos de transmitir una experiencia sobre el procedimiento empleado en el Curso 1986/87 para despertar el interés hacia la docencia del personal de Enfermería de la Clínica Universitaria de la Universidad de Navarra.

Esta experiencia, es de un año de duración y somos conscientes, a la vista de los resultados, de que hay muchos puntos mejorables —al final los resumiremos—, pero en general, se consiguen los objetivos buscados, con lo que la valoración general, es positiva. De ahí nuestro ánimo de comunicar esta iniciativa.

Las razones que nos llevaron a pensar en este plan fueron fundamentalmente dos:

1. La necesidad de contar con personal, dentro de las unidades de Enfermería, que se dedicase de un modo más directo a la formación de los alumnos de Enfermería, y que fuese distinto del profesorado ordinario de prácticas. Este no llega a cubrir toda la demanda docente de cada unidad, al menos en la medida que pretendíamos.
2. La conveniencia de motivar hacia la docencia, al personal de plantilla, en vistas a una mayor interrelación asistencia-docencia, con claras ventajas mutuas (Escuela-Clínica), y de importante repercusión en el alumnado presente en los diferentes servicios.

Planteamiento general

Después de estudiadas las posibilidades reales (recursos humanos, tiempo disponible, etc.) tanto de la Escuela como del personal contratado, se optó por organizar un curso denominado de *Docencia Práctica* que se acogería a la orden ministerial del BOE del 15 de junio de 1982 sobre autorización de cursos de perfeccionamiento profesional para Ayudantes

Técnicos Sanitarios y Diplomados en Enfermería, y que exigía los siguientes requisitos:

— Duración: mínimo 2 meses	Curso:	9 meses.
— Clases teóricas: mínimo 25 horas	Curso:	36 horas.
— Prácticas: mínimo 12 horas	Curso:	100 horas.

De las 36 horas teóricas, 11 se corresponden con temas de actualidad pedagógica (vid. anexo I), y el resto, con cuestiones variadas de la profesión (dentro del Seminario del Profesores).

Estos temas, quedaron incluidos dentro del programa de formación permanente que se ofrece anualmente a todo el personal de Enfermería de la Clínica Universitaria, por lo tanto, quedaban abiertos a todos ellos, y no sólo a quienes realizaban el Curso de Docencia Práctica.

Las horas prácticas eran realizadas dentro de su horario laboral, computándose como tal el tiempo específico dedicado a la enseñanza directa de alumnos de Enfermería. Cada participante tendría a su cargo el seguimiento y evaluación de dos a cuatro alumnos de cursos básicos.

Se calculó aproximadamente como una hora diaria de dedicación a esta tarea docente.

En esta área, quedaban bajo la dirección de la profesora de prácticas respectiva.

Resultados obtenidos

Las personas inscritas para la realización del Curso, fueron 42, distribuidas en 26 departamentos de la Clínica Universitaria, de tal modo, que prácticamente en cada servicio había una persona realizando el Curso.

Pasando el primer trimestre, se hizo un estudio de la marcha de este plan hasta ese momento, detectándose lo siguiente: si bien la formación práctica era en general satisfactoria (se notaba una clara mejoría en la disposición de esas personas hacia la atención de alumnos), sin embargo, la asistencia a las clases teóricas era deficiente, fundamentalmente porque las tareas asistenciales no les habían permitido ausentarse de los servicios para asistir a las sesiones (conviene explicar que estaba prevista la asistencia dentro del horario de trabajo).

A la vista de esto, se notificó tanto a la Dirección de Enfermería de la Clínica, como a las interesadas, la importancia y la obligatoriedad de la asistencia, en orden a recibir la formación precisa para desempeñar su tarea, y para recibir la oportuna certificación, dato éste, que suponía un incentivo real para ellas.

No obstante, en previsión de que las dificultades de salida de los servicios continuasen, se iniciaron una serie de envíos quincenales, con mate-

rial escrito, que en cierta medida pudiera suplir las ausencias a las sesiones teóricas.

El material enviado, una vez estudiada, debía resumirse en un trabajo *«memoria»* que serviría como un dato más para la evaluación del Curso.

El total de envíos fue de 15 (Vid. anexo II).

Así se estimó como suficiente, la formación teórica que los participantes podrían recibir.

A lo largo de los nueve meses, el seguimiento inmediato de los participantes en el Curso estuvo a cargo de la profesora de prácticas correspondiente, y al final, se nombró una Comisión Evaluadora integrada por tres profesores de la Escuela de Enfermería que procedió en primer lugar a establecer unos criterios de evaluación y, posteriormente, a examinar cada caso.

Los criterios de evaluación fueron:

1. Clases teóricas: asistencia a 25 sesiones como mínimo, o en su lugar, asistencia a 10 sesiones más presentación de la memoria del curso, incluyendo los envíos recibidos.
2. Formación práctica; evaluación final de su dedicación a la enseñanza de alumnos, recogiendo el informe de la profesora de prácticas asignada.
3. Nueva convocatoria para aquellos casos en que se hubiera apreciado una actitud positiva, y se pudiera justificar la escasa dedicación anterior.

A la vista de estos criterios, los resultados de la evaluación fueron los siguientes:

— Participantes con asistencia a 25 sesiones como mínimo y evaluación práctica satisfactoria: 6.
— Participantes con asistencia a 10 sesiones teóricas más memoria de los escritos recibidos, y evaluación práctica satisfactoria: 16.
— Participantes pendientes de nueva convocatoria: 8.
— Participantes no aptos: 12.

Valoración del Curso de Docencia Práctica

Pueden señalarse como objetivos conseguidos:

1. Refuerzo real en la atención de alumnos: cada asistente al Curso, se hizo cargo de una media de tres estudiantes, con lo que se mejoró la enseñanza hospitalaria de los mismos y se alivió la carga docente del profesorado de prácticas.

2. Cambio positivo en la actitud docente de todos los participantes en el Curso en general, y más especialmente en los que lo superaron.
3. Esta nueva experiencia, ha servido también para involucrar a otra parte del personal de la Clínica, apreciándose en ellos una motivación positiva, en cuanto a la colaboración prestada a sus compañeros en la tarea de seguimiento de alumnos, etc.

Para sucesivas ediciones, sin embargo, se ve conveniente mejorar el seguimiento inmediato y personal de los participantes, tanto por parte del profesorado de prácticas, como desde la Dirección del Curso. Se ha visto que de los 12 casos en que no se pudo otorgar la certificación, ocho acusaron falta de seguimiento y de conocimiento de objetivos concretos en su área.

Como se ha señalado al comienzo de la exposición, la valoración conjunta resulta positiva, a la vista de los logros conseguidos.

Esperamos que la transmisión de esta experiencia, además de sugerir un coloquio que pueda enriquecerla, sirva como iniciativa, parcial o total, para otras instituciones donde la satisfacción de las necesidades docentes y la motivación hacia la enseñanza práctica del personal de Enfermería sea un reto a conseguir.

Muchas gracias.

ANEXO I

TEMAS DE ACTUALIDAD PEDAGOGICA

1. Actitudes del profesor en la atención al alumno.
2. Plan de Estudios de la carrera de Enfermería. Perspectivas de la profesión.
3. Objetivos prácticos en la formación de las alumnas. Formación integral.
4. Las motivaciones.
5. Educación en las actitudes propias de la profesión.
6. La evaluación de las prácticas.
7. Relación asistencia-docencia.

8. La orientación profesional.
9. Normativa de prácticas.
10. Relación alumno-enfermero-enfermo. Papel del alumno en el equipo asistencial.
11. Competencia profesional: conocimientos, habilidades y actitudes.

ANEXO II

ENVIOS QUINCENALES (MATERIAL ESCRITO)

1. «Confluencia de la Medicina y la Enfermería: semilogía».
2. «Cualidades humanas de las enfermeras en la atención a pacientes graves».
3. «Principios pedagógicos: su proyección en el hospital».
4. «El trabajo, actividad propia del hombre».
5. «La orientación en la Universidad».
6. «Objetivos en el proceso educativo».
7. «Estrategia docente en Enfermería médica».
8. «Algunas consideraciones sobre el sentido de las prácticas en Enfermería».
9. «Las necesidades humanas y su relación con la Enfermería básica».
10. «La evaluación en el proceso educativo».
11. «Objetivos en la formación de enfermeros».
12. «El cuidado integral del enfermo».
13. «Las actitudes de la enfermera».
14. «Programación práctica».
15. Cuestionario.

13. Comunicación

UNA APORTACION A LA FORMACION DE LIDERES DE ENFERMERIA A TRAVES DE LA FORMACION CONTINUADA

G. Arrivas Echeveste
M. T. Díaz Navarlaz
M. J. Narvaiza Solís
Escuela Universitaria
de Enfermería de la Universidad
de Navarra

La necesidad de poner al día nuestros conocimientos después de terminar los estudios es algo universalmente admitido, tanto por la Enfermería, como por cualquier otro profesional.

Tampoco se discute cuáles deberían ser las inicitivas para esa puesta al día: las Escuelas de Enfermería, mediante los cursos de actualización de conocimientos; los congresos y reuniones periódicas de las distintas asociaciones de Enfermería, impulsando a la vez la investigación específica en diversos campos; la programada en los hospitales dentro de las horas laborales e impartida con mayor o menor éxito; el creciente número de publicaciones, libros y revistas, de fácil acceso; las mismas Especialidades de Enfermería ahora ya legisladas, todo ello configura el amplio panorama de la Formación Continuada surgida desde distintas instancias y que por distintos cauces puede llegar a todos los profesionales de Enfermería.

Una de esas iniciativas de Formación Continuada es la de la Escuela de Enfermería de la UIniversidad de Navarra, que está planteada con los siguientes objetivos:

1. Actualización de conocimientos del personal de la Clínica Universitaria y de los Antiguos Alumnos de la Escuela.
2. Favorecer la integración asistencia/docencia.
3. Procurar la idoneidad de las enfermeras docentes de la Escuela.
4. Fomentar la investigación de Enfermería.
5. Mantener las relaciones periódicas con las Antiguas Alumnas de la Escuela.

Recientemente se ha efectuado un estudio refertido a doce años de experiencia, años 1974-1986, en los que se han obtenido los siguientes resultados:

Participación

N. de personas:	3.160 (Antiguos Alumnos: 1.291).
N. de asistencia:	5.046.
Repiten Formación Continuada:	2.114.

Incidencia de asistencia/docencia

Enfermeras asistenciales:	2.183.
Directivos asistenciales:	433.
Docentes:	364.
Directivos docentes:	180.
Total de asistentes:	3.160.

Procedencia institucional de los asistentes

Instituciones privadas:	1.611.
Insalud:	1.093.
Escuelas:	862.
Instituciones provinciales:	679.
Otras:	801.
Total asistencias:	5.046.

Número de centros representados en los asistentes

Escuelas:	114.
Insalud:	100.
Instituciones privadas:	57.
Instituciones provinciales:	57.
Otros:	29.
Total de centros:	357.

Procedencia geográfica de los asistentes:

Destaca la excepción de la provincia de Zamora, de la que no tenemos datos de asistencia. La mayor participación se concentra lógicamente en Navarra y territorios limítrofes, País Vasco principalmente. También destaca la participación de ciudades más pobladas, como Madrid, Barcelona, Sevilla, Valencia.

Se trata de una buena respuesta global a la iniciativa de una Escuela. Pese a los resultados gratificantes, somos conscientes de que el interés de los profesionales de Enfermería en la Formación Continuada está muy mediatizado por la rentabilidad del diploma de asistencia. Hay, por tanto, una respuesta voluntaria a las iniciativas de Formación Continuada, pero es difícil poder distinguir el interés real por la puesta al día y el deseo de añadir «papeles» al curriculum.

Desde esta perspectiva, qué duda cabe, uno de los cursos más rentables ha sido el Curso de Nivelación de ATS por el de Diplomado en Enferme-

ría. Este Curso de carácter voluntario, en principio, el tiempo ha venido a hacerlo poco menos que indispensable para quien quiera progresar un poco.

la experiencia concreta de nuestra Escuela como Centro Tutor del Curso de Nivelación durante seis convocatorias de 1981 a 1983 se resume en las siguientes cifras:

N. de participantes: 877

Instituciones:

Insalud	182.
Provinciales	146.
Privadas	310.
Otros	217.
Docentes	22.

En el capítulo «otros», figura un buen número de Antiguos Alumnos de nuestra Escuela que hicieron el Curso con el auténtico deseo de estar al día, ya que muchas de ellas nunca habían trabajado como enfermeras, o por un espacio corto de tiempo y tampoco tenían perspectiva de trabajar, dedicándose de lleno a sus tareas domésticas y al cuidado de sus hijos. Es de destacar el entusiasmo e ilusión que pusieron en el estudio. Para la Escuela el Curso de Nivelación supuso también el reencuentro con muchas antiguas alumnas, con las que pasamos ratos estupendos.

Además de nuestra Escuela había otro Centro Tutor en Pamplona dependiente de la Escuela Universitaria de Enfermería «Virgen del Camino» dirigida por Enriqueta Pérez.

Esta experiencia de seis convocatorias, la respuesta por parte de nuestras antiguas alumnas, el modo como se fueron desarrollando los cursos, nos ha dado qué pensar: ¿Qué ha supuesto para la Enfermería de este país un curso de cuatro meses con ocho materias contenidas en unos libros, auténticos ladrillos, que había que estudias para dar cuenta de nuestros conocimientos en unas pruebas de evaluación de las que era posible salir mal parado? ¿Qué beneficio práctico supuso saber la Bioquímica, la Biofísica y ni qué decir la Legislación o la Estadística que aprendimos? ¿Se ha conocido una profesión tan esforzada y entusiasta como la nuestra?

Hace cuatro años que dejamos de ser Centro Tutor, esta perspectiva, la experiencia de la tutoría, la distancia de haber realizado el curso en la Primera Convocatoria, hace ya seis años, permite responder a alguna de estas cuestiones:

A. El Curso de Nivelación supuso el medio más homogéneo de Formación continuada que ha tenido en su mano la totalidad de los profesiuonales de Enfermería de España.

B. desde un punto de vista pragmática en el Centro de Nivelación no aprendimos nada útil..., pero nos ocurrieron algunas cosas tendentes a un cambio profundo de actitudes.

1. **Estudiamos en letra impresa.** Recuerdo que en mis años de estudio de ATS disponíamos de no más de cuatro libros, que no tenían todas.
2. **Hubo que estudiar.** He oído comentar que junto a la satisfacción de haber terminado el curso se sentía un vacío de no saber un poco más sobre aquellas materias en las que no habíamos hecho nada más que empezar.
3. **Se divulgaron los conceptos de Enfermería.** Se dieron a conocer métodos de resolución de problemas, se supo de la existencia de teorías de Enfermería, antes sólo conocidas por las escuelas, se tuvo en definitiva la oportunidad de conocer los métodos científicos de los cuidados.
4. **Se crearon líderes de Enfermería.** A través de las teorías se hicieron familiares los nombres de Virginia Henderson, Callista Roy, Martha Rogers, Hildegarde Peplau, y la misma Dorothea Oren, que ahora nos visita.
5. **Se afianzó la perspectiva humanista de la Enfermería centrándola en el hombre como ser bio-psico-social y espiritual.** Dando paso al concepto de salud-enfermedad, amplio panorama en el que la Enfermería se desarrolla.

Podríamos en un análisis más exhaustivo concluir otros puntos. Es cierto que muchas personas de las que hicieron el Curso de Nivelación no supieron entrar en el fondo de su significado, y que otras no pudieron cambiar el entorno en el que trabajaban, pero qué duda cabe que se creó el «humus» sobre el que se puede, junto a las generaciones de Diplomados, mejorar nuestra profesión y favorecer la creación de líderes hispanos que puedan desde nuestra idiosincrasia aportar nuevos valores a la Enfermería de otros países.

El panorama futuro de la Formación Continuada pasa por la consolidación del Curriculum básico de la Enfermería, la formación del profesorado de las Escuelas, la visión ilusionada con que afrontemos la nueva ley de Especialidades y el fomento de la investigación, sabiendo encontrar en nuestros quehaceres, cada uno en el suyo, los aspectos positivos, una «segunda lectura» optimista a todo lo que nos viene impuesto por la ley y nuestras propias limitaciones.

14. Comunicación

ESTUDIO DE LAS RELACIONES ENTRE LOS MIEMBROS DEL GRUPO FORMADO POR EL PERSONAL DOCENTE QUE EN EL CURSO 87-88 PERTENECIA A LA ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERIA DE VALENCIA

M.ª Amparo Benavent Garcés
Ramón Camaño Puig
Andrés Cuesta Zambrana
Profesores de Enfermería Fundamental E. U. E. Universidad de Valencia
Alfredo Pérez Boullosa
Pedagogo. Servei de Formacio Permanent. Universidad de Valencia

I. INTRODUCCION

El planteamiento y diseño del presente trabajo surge como respuesta al lema planteado por la A.E.E.D. «¿QUIEN LIDERA LA ENFERMERIA?», para las Sesiones de Trabajo de dicha asociación. Tiene como objetivo poner de manifiesto una realidad concreta en relación al liderazgo de los profesionales de Enfermería en los grupos donde se encuentran. En este caso se trata de determinar los líderes que aparecen entre el personal docente de la E.U.E. de Valencia, y si dichos líderes se sitúan preferentemente entre los enfermeros/as del grupo.

II. PLANTEAMIENTO DE LAS HIPOTESIS

El estudio del grupo se hace partiendo de las siguientes hopótesis que pretendemos comprobar:

A. «Algunos de los profesionales de Enfermería que forman el grupo se encuentra en situación de líder».
B. «La situación de líder de los profesionales de Enfermería se dará a nivel de lo que llamaremos —líder filosófico—».
C. «El —líder operativo— se situará entre los profesionales no enfermeros que componen el grupo».
D. «El índice sociométrico de popularidad será más elevado entre los profesionales de Enfermería».

Planteadas las hipótesis pasamos a describir el método utilizado definiendo en este apartado el significado que para nosotros tienen los términos utilizados como calificativos de los líderes.

III. METODO UTILIZADO

Necesitaremos para comprobar las hipótesis detectar los líderes del grupo, haciendo distinción entre el líder filosófico, el líder operativo, y un líder que califica-

ríamos como la persona con la que el grupo se siente más a gusto a la hora de divertirse o relajarse.

Por líder operativo entendemos aquella persona del grupo que es elegida por el resto en caso de necesitar resolver un problema de tipo profesional a niveles altos de la Administración Central.

Por líder filosófico entenderemos aquella persona del grupo que es elegida por el resto en caso de necesitar ser representados en un foro de discusión a nivel nacional sobre la filosofía de la Enfermería.

Hemos elegido un método sociológico de análisis de grupo, el SOCIOGRAMA, y aplicaremos sobre todos los datos recibidos cuatro índices sociométricos:

$$\textit{Popularidad} = \frac{\text{Número de elecciones recibidas}}{\text{Número de miembros del grupo} - 1} \times 100$$

$$\textit{Antipatía} = \frac{\text{Número de rechazos recibidos}}{\text{Número de miembros del grupo} - 1} \times 100$$

$$\textit{Expansión positiva} = \frac{\text{Número de elecciones realizadas}}{\text{Número de miembros del grupo} - 1} \times 100$$

$$\textit{Expansión negativa} = \frac{\text{Número de rechazos realizados}}{\text{Número de miembros del grupo} - 1} \times 100$$

El test sociológico elegido no se ajusta a ninguno de los que conocemos, en su totalidad, ya que en cuanto a la forma de responder se asemeja al test colectivo dado que el interesado responde a través de un cuestionario por escrito, sin embargo responde de forma individualizada y en el momento en que lo considere oportuno.

Debido a que los miembros del equipo que realizamos el trabajo somos también parte del grupo analizado, hemos considerado necesaria la participación de una persona al margen de nuestro centro, pero de la Universidad, que transforme los cuestionarios contestados con nombre y apellidos, en cuestionarios en los que figure tan sólo dos números que el mismo habrá asignado a cada uno adjuntando la titulación de la persona a quien corresponde este número. Debido a que en el grupo existen titulaciones que sólo se dan en una persona nuestro colaborador nos informará indicando si es o no enfermero. Ejemplo:

Cuestionario original:

Amparo Benavent Garcés.
Enfermera.
Elije a: Ramón Camaño.
Rechaza a: Andrés Cuesta.

Cuestionario en Clave:

4.
Enfermera.
Elije a: 6.
Rechaza a: 10.

En caso de tratarse de un licenciado en físicas, u otros, dirá: No enf.

Una vez transformados los cuestionarios se trasladarán los resultados a un cuadro de tabulación elaboraremos los sociogramas y calcularemos ls índices sociométricos.

IV. MATERIAL

Consideraremos como material de trabajo el grupo formado por los profesores de la Escuela Universitaria de Enfermería de Valencia, que en el mes de noviembre de 1987 tenía contrato con la Universidad tanto eventual como funcionario.

Este grupo está formado por un total de 29, que se distribuyen de la siguiente manera:

Título académico	*Titular*	*No titular*	
Enfermeros/as	7	10	= 17
Licenciados en Medicina	5		= 5
Licenciados de otras carreras	3	4	= 7

El cuestionario utilizado forma parte del material y figura en el anexo 2.

Nos apoyamos en el cuadro de tabulación que figura en el anexo 3.

V. DESCRIPCION DEL PROCESO DE RECOGIDA DE DATOS

hemos comentado ya reiteradas veces la delicadeza del tema que nos

ocupa, por ello el proceso de recogida de datos ha sido lento y hasta culminar con la entrega de los cuestionarios, hemos desarrollado otras actividades que pasamos a describir:

1.—Comunicamos a la dirección del centro y del departamento nuestra intención de realizar el estudio comentando el método elegido y los posibles problemas que podían derivar del mismo.

2.—Elaboramos un folleto resumen de los objetivos del trabajo y del método para garantizar el anonimato. Este folleto fue comentado en forma individualizada a cada uno de los miembros del grupo, tras lo cual solicitamos su colaboración sincera en las respuestas, respondiendo a sugerencias y cuestionarios que nos iban planteando (Anexo 1).

3.—Finalizada la consulta individualizada entregábamos los cuestionarios a los profesores.

4.—La recogida de los cuestionarios se hace en un plazo de tres días después de la fecha de entrega y cada uno presentará el cuestionario en un sobre cerrado a ser posible con papel celo.

5.—Todos los sobres serán entregados a nuestro colaborador, quien nos los transformará en clave numérica.

El cuestionario de recogida de datos consta de dos partes: una primera en la que figuran los datos personales; una segunda parte en la que se expondrán los supuestos y se procederá a responder en sentido de aceptación o rechazo a cada uno de los supuestos (Anexo 2).

VI. ANALISIS DE LOS DATOS OBTENIDOS. SOCIOGRAMAS E INDICES SOCIOMETRICOS RESULTANTES

Sobre un total de 29 cuestiones repartidos, se han recogido 23 contestados. De los seis cuestionarios no entregados, cuatro de ellos desconocemos cuál es la causa por la que no se nos han remitido, por lo que esperamos en breve dirigirnos a los interesados para proceder a determinar las causas por las que no han sido contestados los cuestionarios. Los dos miembros restantes del grupo que no han entregado el cuestionario nos han hecho saber su negativa alegando que el hecho de responder a los supuestos planteados les causaba cierta violencia por lo que, y pese a que en principio se manifestaron de acuerdo con participar en el estudio, han decidido a la vista de las cuestiones planteadas no contestar.

Del análisis de los datos observamos que algunos miembros del grupo incluyen en sus respuestas a profesores que en la fecha citada tenían rescindido su contrato en la Universidad y, por tanto, qiedaban al margen del estudio. Así, pues, el perfil del grupo sometido al estudio queda de la siguiente forma:

PERFIL DEL PROFESORADO E.U.E. DE LA UNIVERSIDAD DE VALENCIA

Relación contractual	20 profesores de más de tres años. 3 profesores de menos de tres años.
Edad	Comprendida entre 46/30 años, siendo la media de 37,5 años.
Sexo	16 Varones. 7 Mujeres.
Estado civil	14 Casados. 7 Solteros. 1 Divorciado. 1 Separado.
Contrato	10 Titulares. 8 Titulares Interinos. 3 Asociados. 2 Ayudantes.
Titulación	7 Licenciados. 16 Diplomados.
Actividad en E.U.E.	Teórico/Práctica.
Actividad al margen de la Docencia	19 si tienen actividad. 4 no tienen actividad. 7 dentro E.U.E. en comisiones y cargos. 15 fuera E.U.E. como asistencial. 3 de ellos a la vez en comisiones y como asistenciales.

Los resultados obtenidos se reflejan en los sociogramas que, de cada uno de los supuestos, se han elaborado (Anexos 4, 5, 6, 7).

Hemos considerado, a la hora de elaborar los sociogramas, que aparecen en ellos únicamente aquellos que eran elegidos en cada uno de los supuestos por al menos la mitad de los miembros que forman el grupo a estu-

diar, incluyéndose en la representación gráfica los rechazos que estos líderes tenían.

Pasaremos, pues, al análisis de cada uno de los supuestos.

A.—Para el primer supuesto, anexos 4 y 5, aparecen un total de 10 líderes de los cuales SIETE son enfermeros, DOS no enfermeros y UNO que desconocemos, puesto que no ha entregado el cuestionario. De todos los líderes surgidos en este supuesto SIETE sufren algún rechazo destacándose como más rechazado el número CINCO enfermero seguido del NUEVE, también enfermero.

En relación con este primer supuesto y al margen de los líderes encontrados, se destaca como miembro más rechazado por el grupo el número VEINTICINCO, del cual desconocemos su titulación debido a que no ha entregado el cuestionario.

B.—Para el segundo supuesto, anexo 6, aparecen TRES líderes de los cuales solamente UNO es enfermero, siendo éste el único que recibe algún rechazo.

En relación con este supuesto el miembro del grupo más rechazado es el DOCE, enfermero, seguido del VEINTICINCO, desconocido y del VEINTIOCHO igualmente desconocido.

C.—Para el tercer supuesto, anexo 7, aparecen DOS líderes, uno enfermero y el otro no enfermero. Al igual que en los supuestos anteriores el líder VEINTIDOS sufre rechazo del miembro NUEVE del grupo, quedando sin ningún rechazo el líder ONCE.

En relación a este supuesto el miembro del grupo más rechazado en este caso es el VEINTICINCO desconocido, seguido del VEINTIOCHO también desconocido y del NUEVE enfermero/a.

Destacamos que el miembro del grupo conocido por nosotros con el número VEINTICINCO es el que sufre mayor número de rechazos en todos los supuestos, seguido por el número DOCE enfermero/a.

Para concluir el análisis de los datos comentaremos la tabla de índices sociométricos (Anexo 8).

En dicha tabla figuran los índices popularidad, antipatía, expansión positiva y expansión negativa de cada uno de los iembros del grupo a excepción de los que no han entregado el cuestionario, de los cuales sólo hemos podido obtener los índices antipatía y popularidad. Observamos en la tabla que los índices de popularidad mayores los ostentan los números: ONCE - VEINTIDOS - OCHO - VEINTIUNO, respectivamente, de los cuales el primero y el tercero no son enfermeros/as y el segundo y cuarto son enfermeros/as.

Los índices de antipatía más altos se dan en el número VEINTICINCO - CINCO - DOCE - VEINTE - VEINTIOCHO, de los cuales el VEINTICINCO y el VEINTIOCHO desconocemos cuál es su situación y el CINCO y DOCE son enfermeros/as.

VII. COMPROBACION DE LAS HIPOTESIS

Concluido el análisis pasaremos a comprobar las hipótesis.

A.—HIPOTESIS I.

«Algunos de los profesionales de Enfermería que forman el grupo se encuentran en situación de líder».

Evidentemente a través de los resultados obtenidos en todos los supuestos que efectivamente algún enfermero/a aparece en situación de líder.

B.—HIPOTESIS II.

«La situación de líder de los profesionales de Enfermería se dará a nivel del llamado Líder Filosófico».

Evidenciamos a través de los resultados obtenidos en el supuesto número tres que de los líderes que aparecen en este caso, solamente uno es enfermero (22). Profundizando en el análisis nos damos cuenta que en este supuesto el tercer miembro del grupo que más aceptaciones a tenido en este caso es el número OCHO también no enfermero/a como el número ONCE que comparte liderato con el número VEINTIDOS enfermero/a.

C.—HIPOTESIS III.

«El líder operativo se sitúa entre los profesionales no enfermeros que forman el grupo».

A través de los resultados obtenidos en el supuesto dos, encontramos tres líderes operativos representados por los números VEINTIDOS - OCHO - ONCE, siendo el primero enfermero/a y los dos restantes no enfermeros. Se da la coincidencia que el liderazgo en este supuesto es compartido por miembros de los equipos de dirección del centro y del departamento.

D.—HIPOTESIS IV.

«El índice sociométrico de popularidad más elevado se dará entre los profesionales de Enfermería».

Evidenciamos a través del estudio de los índices sociométricos de los miembros del grupo que no es clara la relación popularidad/enfermero/a, dado que el ONCE para el cual se da el mayor índice de popularidad es enfermero.

Comprobadas las hipótesis concluiremos diciendo que:

1. La situación de líder de los profesionales de Enfermería podría ser más destacada en tanto en cuanto suponen la mayoría de los miembros que forman el grupo estudiado.
2. El profesional de Enfermería si bien actúa mayoritariamente como líder en el supuesto uno queda descolgado en los supuestos dos y tres.
3. Los profesionales de Enfermería del grupo aunque mantienen índices de popularidad altos, son superados por otros miembros del grupo no enfermeros/as.

Hasta aquí hemos pretendido poner de manifiesto una realidad en relación al liderazgo y los profesionales de Enfermería, realidad que hay que ir cambiando para situar a la enfermera/o como líder mayoritario en lo que a ENFERMERIA se refiere. Podríamos barajar muchas hipótesis para explicar esta realidad pero hemos preferido transformarlas en preguntas a responder a través de investigaciones sucesivas que pretendemos ir completando y que quedan expresadas en el siguiente apartado.

VIII. DESCRIPCION DE POSIBLES LINEAS DE INVESTIGACION QUE QUEDAN ABIERTAS A LA VISTA DE LOS RESULTADOS

Ha quedado plasmado en los resultados que la realidad no es todo lo deseable que sería para nosotros, por lo tanto es necesario profundizar en las causas que condicionan esta realidad para poder llegar a cambiarla consiguiendo que los profesionales de Enfermería asuman plenamente el liderazgo al menos en lo que es área de competencias AUTONOMA EN ENFERMERIA en este caso el liderazgo operativo y filosófico de una ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERIA.

1. Es necesario analizar detalladamente las situaciones de rechazo y aceptación entre los miembros del grupo.
2. Es necesario determinar por qué en un grupo democrático formado mayoritariamente por enfermeros/as no son éstos los que lideran el grupo.
3. Es necesario determinar si la responsabilidad en la gestión es lo que hace que el enfermero/a sea considerado como líder o si, por el contrario, es el hecho de ser líder lo que hace que el enfermero/a alcanza puestos de responsabilidad en la gestión.
4. Es necesario determinar las causas de la escasa participación de los enfermeros/as en los puestos de gestión del centro.
5. Es necesario determinar en qué manera la dedicación exclusiva real en la Escuela condiciona la participación del enfermero/a en la gestión e incide sobre su situación como líder.

Con todos estos interrogantes planteados se hace necesario emprender cuanto antes su resolución con el fin de establecer cómo el profesional de Enfermería debe moverse en los grupos donde se encuentre para alcanzar el máximo nivel de liderazgo. Del resultado de estas investigaciones se derivarán actitudes que como colectivo deberemos manifestar en relación a documentos legales que establecen la compatibilidad de los profesionales en el desarrollo de funciones diversas. E incluso rehacer la distribución de las actividades que, como enfermeros/as, desarrollamos a nivel asistencial y que nos obligan a vincularnos durante siete horas a la labor asistencial, dificultando la asunción de responsabilidades en otras áreas de competencia de los profesionales de Enfermería.

ANEXO 1

DESCRIPCION DE LAS LINEAS GENERALES PARA LA REALIZACION DEL ESTUDIO DE RELACIONES DEL GRUPO FORMADO POR LOS PROFESORES DE LA ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERIA DE VALENCIA

Objetivos del trabajo

A través del estudio del grupo se pretende:

1. Identificar las relaciones de aceptación y/o rechazo entre los miembros del grupo.
2. Identificar posibles tipos de líderes: líder operativo, líder filosófico.
3. Identificar cuál es la situación de los profesionales de Enfermería del grupo en relación al liderazgo.
4. Identificar el *status* del grupo comparándolo con la organización institucional.

Material y método a utilizar

El grupo sometido a estudio está formado por todos los profesores de la E.U.I. Universitaria de Valencia, cuyo perfil obtendremos a través de la búsqueda de los siguientes datos:

— Número total.
— Edades.
— Sexo.
— Titulación académica.
— Situación contractual.
— responsabilidades al margen de la docencia que tienen en el Centro.
— Actividades que desarrolla al margen de la docencia.
— Estado civil.

La técnica sociológica utilizada para el estudio será el SOCIOGRAMA.

Previa comunicación en Junta de Centro de la intención de realizar el estudio, se pasará un cuestionario a cada uno de los implicados en el mismo, que deberán responder con la mayor sinceridad posible marcando un plazo de entrega de tres días posteriores al reparto de los mismos.

En el cuestionario, además de los datos necesarios para obtener el perfil del profesorado, el encuestado deberá responder a un total de tres supuestos planteados todos ellos en dos sentidos: uno de aceptación y otro de rechazo y cuya cumplimentación se llevará a cabo plasmado en el cuestionario los nombres de las personas aceptadas o rechazadas en cada uno de los supuestos.

Considerando lo delicado del estudio y, por tanto, la necesidad de conservar el anonimato en los cuestionarios el equipo que hemos diseñado el trabajo, contactamos con una persona de la Universidad al margen de nuestro centro, cuya misión será la de convertir los nombres que se citen en los cuestionarios en números que nos permitan realizar el estudio de los datos y emitir unos resultados en los que, por supuesto, no aparecerá nombre alguno y serán expuestos en el tablón de profesores para que puedan ser conocidos por todos los resultados.

Como en uno de los objetivos propuestos se trata de identificar si el equipo de dirección se encuentran dentro de unos valores en los índices sociométricos aceptables es necesario que estas personas queden identificados para el equipo, por lo que solicitaremos su permiso para que no sea considerado el anonimato en su caso.

Una vez recogidos los datos descritos cual es el perfil sociológico del grupo, obtendremos los índices sociométricos de cada uno de los implicados y realizaremos la representación gráfica de los sociogramas resultantes de cada uno de los supuestos.

En caso de que alguno de los profesores participantes en el estudio deseará conocer cuál es su situación en el grupo podría ponerse en contacto con la persona colaboradora quien le facilitaría el número que le fue asignado en el momento de convertir los nombres en número.

NOTA: Los índices sociométricos a estudiar serán:

— Popularidad	= A : N-1 × 100
— Antipatía	= B : N-1 × 100
— Expansión positiva	= C : N-1 × 100
— Expansión negativa	= D : N-1 × 100

A = número de elecciones recibidas.
B = número de rechazos recibidos.
C = número de elecciones que hace.
D = número de rechazo que hace.
N = número de miembros del grupo.

El trabajo será presentado en las Jornadas de la A.E.E.D. a la ponencia sobre el Liderazgo en la Enfermería pretendiendo el equipo realizador identificar en el grupo si los profesionales de Enfermería que componen el mismo se encuentran en situación de líder.

ANEXO 2

CUESTIONARIO PARA EL ESTUDIO SOBRE EL LIDERAZGO EN EL GRUPO FORMADO POR LOS PROFESORES DE LA E.U.I. DE VALENCIA

DATOS PERSONALES:

Nombre y apellidos .....

Edad ..... Sexo ..... Estado civil .....

Titulación académica .....

Tipo de contrato que tiene en la actualidad .....

Actividades que desarrolla en la E.U.I. .....

.....

Actividades al margen de la docencia .....

.....

Su relación contractual con la E.U.I. es de: más de 3 años .....

Menos de 3 años ..... (Señalar con una cruz lo que procede).

SUPUESTOS (En todos los supuestos se responderá anotando nombre y apellidos de la persona o personas elegidas, no estando limitado el número de las mismas).

PRIMERO

Todos experimentamos sensaciones al estar con otras personas. Unas veces son de satisfacción y otras de desagrado. Seguro que a ti como a todos los compañeros que formamos el grupo, te ha ocurrido también, con unos tienes satisfacciones y con otros te resulta violento estar. Escribe los nombres de las personas del grupo con quienes te encuentras a gusto o desearías estar con ellos.

— —
— —
— —
— —
— —
— —

Las siguiente pregunta es más difícil, trata de pensarla y contestar con la máxima sinceridad. ¿Con qué personas del grupo te resulta violento estar o simplemente no te gustaría?

— —
— —
— —
— —
— —
— —

SEGUNDO

La sensación de satisfacción que experimentamos con algunas personas o la de rechazo, nada tiene que ver muchas veces con la capacidad de estas personas para llevar a cabo actividades o resolver positivamente situaciones en las que tú te ves involucrado. Trata de pensar y contesta con la máxima sinceridad posible. ¿A qué personas del grupo elegirías para asistir a una reunión en el Ministerio de Educación, de la cual dependiera la continuidad de la E.U.I. de Valencia?

— —
— —
— —
— —
— —
— —

Al igual que en el supuesto PRIMERO esta segunda pregunta quizás te

resulta más difícil de contestar. Piénsala y contesta con sinceridad, ¿a qué personas no enviarías a esa reunión?

—	—
—	—
—	—
—	—
—	—
—	—

TERCERO

Suele ocurrir que con las personas que más a gusto estamos es con aquellas con las que compartimos ideas, ahora bien, puede darse que la sensación de agrado o de rechazo hacia una persona se de independientemente de las ideas que tenga en relación a lo que podíamos llamar «filosofía profesional». Trata de pensar y contesta con sinceridad. Si tuvieras que elegir a algunas personas del grupo para que te representaran en un foro de discusión sobre la filosofía que debe orientar a la profesión de Enfermería, ¿a quiénes elegirías?

—	—
—	—
—	—
—	—
—	—
—	—

Como en los supuestos anteriores llegamos a la respuesta más difícil. Trata de pensar y contesta con sinceridad. ¿A quiénes no elegirías?

—	—
—	—
—	—
—	—
—	—
—	—

NOTA:

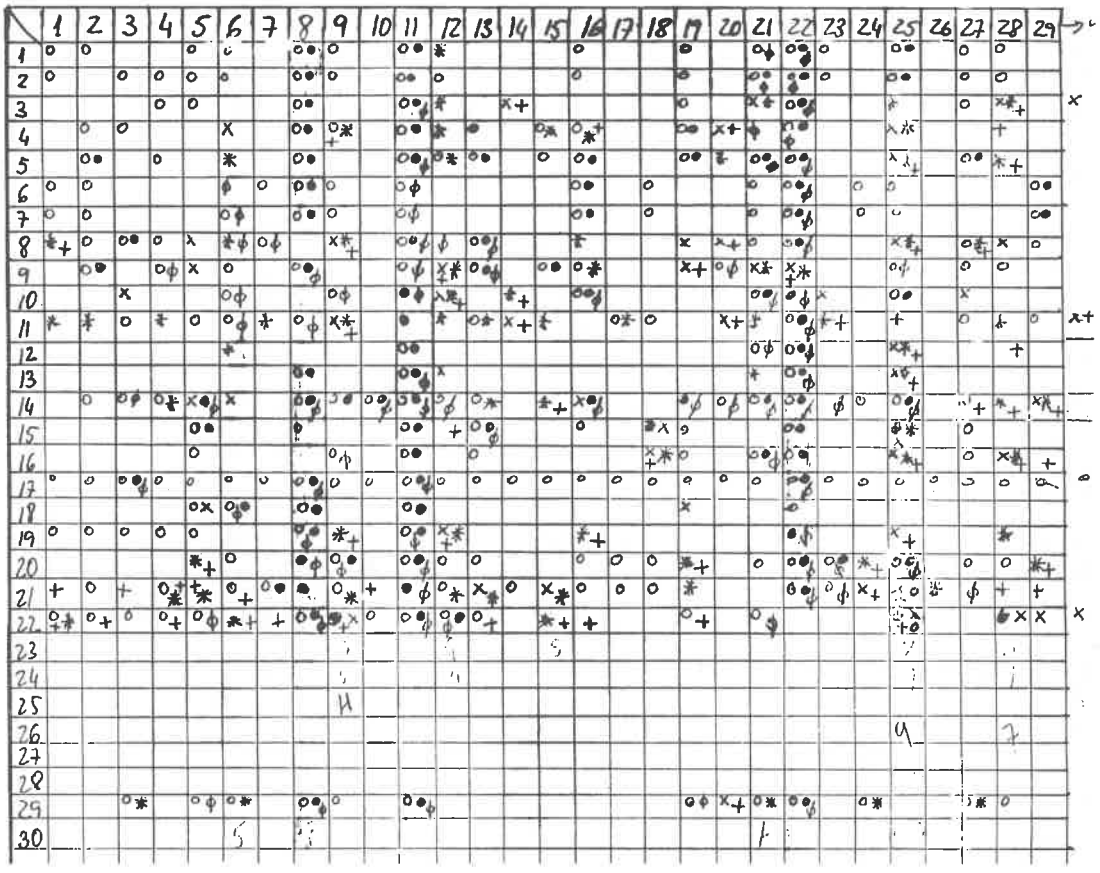
El equipo que hemos diseñado queremos agradecer tu sincera colaboración, a la vez que manifestarte que los resultados derivados del estudio, te serán enviados, como ya sabes, una vez transformados los nombres en clave de números, pudiendo, si lo deseas, conocer cuál es tu clave y poder identificarte en los sociogramas.

De nuevo GRACIAS.

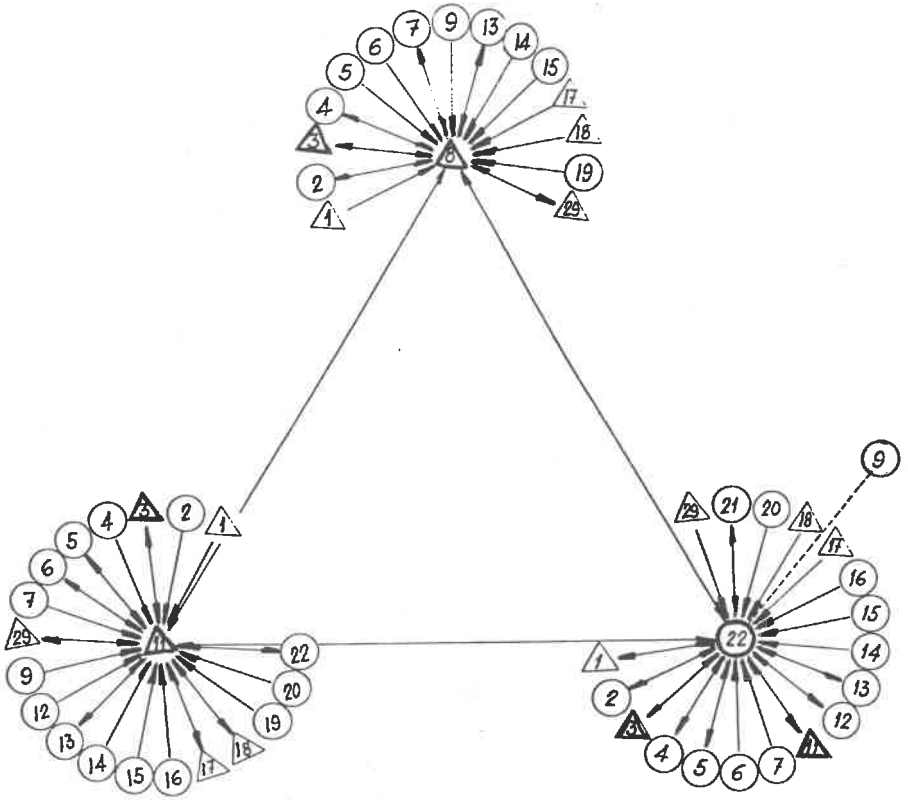
ANEXO 3

CLAVES:

- o elegido sup. 1.
- X rechazado sup. 1.
- • elegido sup. 2.
- * rechazado sup. 2.
- ϕ elegido sup. 3.
- + rechazado sup. 3.

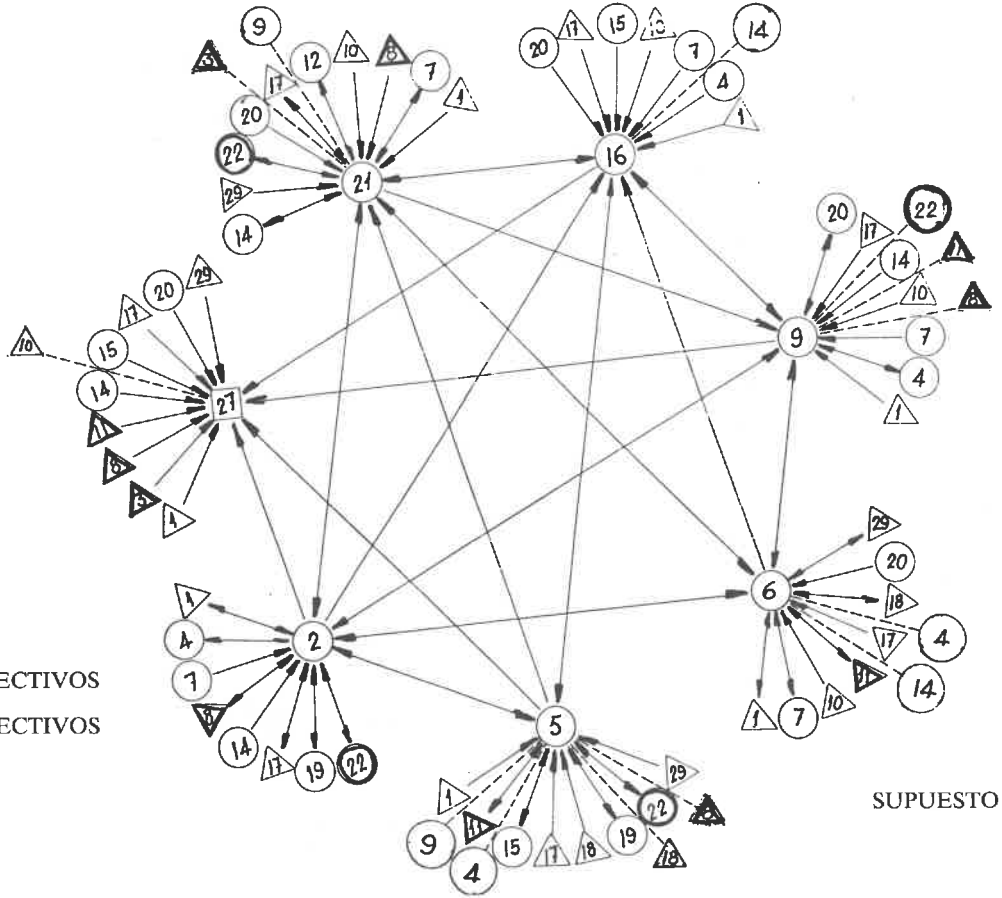


ANEXO 4



SUPUESTO N.º 1

ANEXO 5

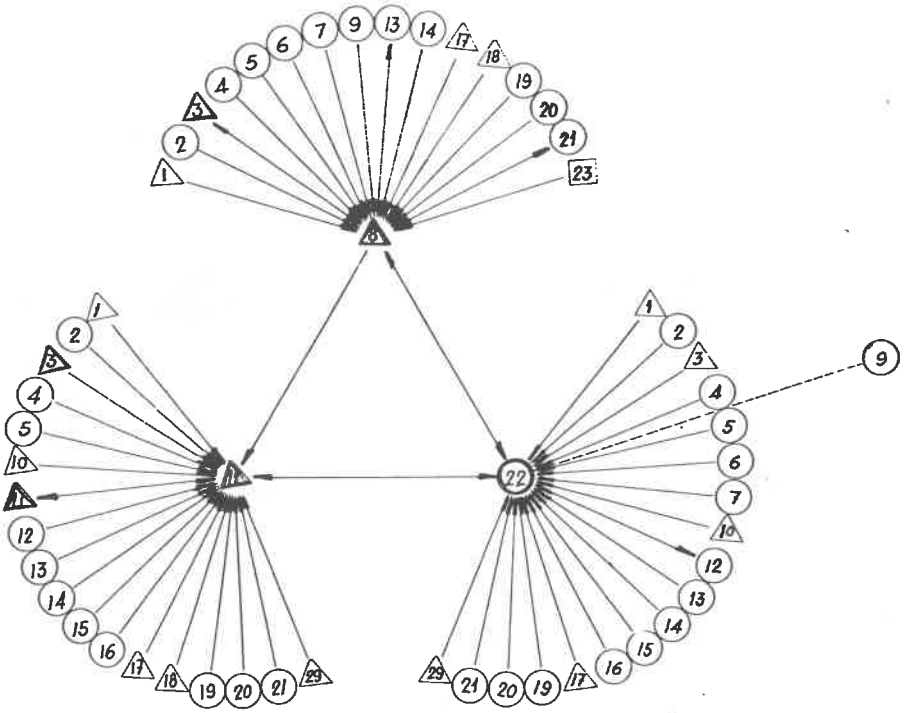


○ 46 % L. AFECTIVOS

▷ 28 % L. AFECTIVOS

SUPUESTO N.º 1

ANEXO 6

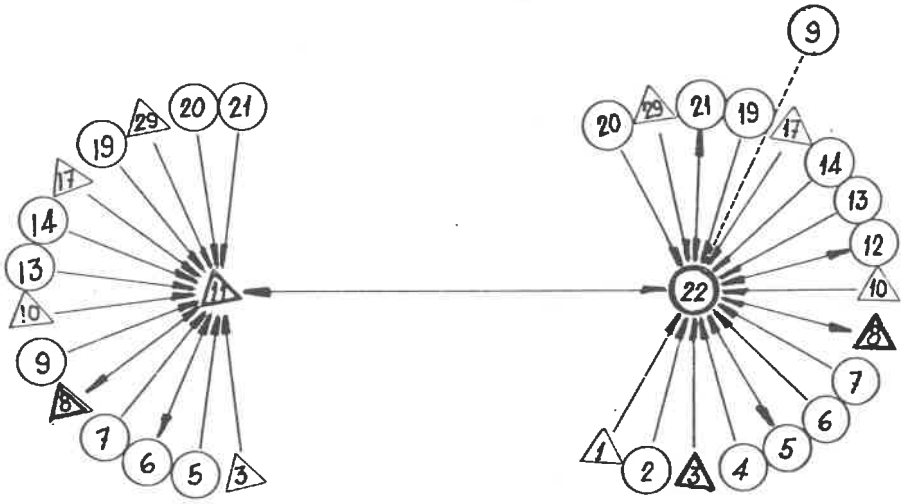


SUPUESTO N.° 2

Ó 6 % LIDERES OPERATIVOS

△ 28 % LIDERES OPERATIVOS

ANEXO 7



SUPUESTO N.º 3

○ 6 % LIDERES FILOSOFICOS

△ 14 % LIDERES FILOSOFICOS

ANEXO 8

INDICES SOCIOMETRICOS ESTUDIADOS

Núm.	*Popularidad*	*Antipatia*	*Exp. positiva*	*Exp. negativa*
1	25	0	54	0
2	42	0	60	0
3	32	3	21	14
4	35	0	32	10
5	39	14	42	3
6	39	7	46	0
7	14	0	46	0
8	60	0	35	21
9	42	10	42	18
10	10	0	18	14
11	71	0	39	18
12	25	14	10	3
13	35	3	10	7
14	7	7	54	18
15	14	3	29	7
16	42	3	29	10
17	14	0	100	7
18	21	7	18	7
19	35	10	25	7
20	10	14	50	0
21	50	7	42	14
22	68	3	42	18
23	18	3		
24	18	3		
25	32	35		
26	3	0		
27	46	3		
28	21	14		
29	18	7		
30	3	10		

15. Comunicación

ENFERMERIA EN LA COMUNIDAD Y LIDERAZGO EN SALUD

M.ª Luisa del Valle López
Asesora de Enfermería
del INSALUD (Valladolid)

El nuevo concepto de SALUD ha dado pugar a orientar la política sanitaria anclada en el «Hospitalocentismo» y a poner en primer plano la Atención Primaria; es decir, a orientar los sistemas sanitarios en la promoción de la salud y a la atención de las personas donde viven, trabajan y juegan.

Esto conlleva a que el individuo, de ser mero receptor del sistema de salud, pase a ser sujeto activo del propio sistema.

El hombre no vive de forma aislada, sino que se organiza en grupos donde existe una inter-acción psico-social entre ellos. El resultado de esta inter-acción es la adaptación al hábitat y la adopción de comportamientos similares.

Es por esto que la salud de la comunidad no correspondería a la suma de la salud de cada individuo componente de la misma, ya que las condiciones de vida en la comunidad no son uniformes, de tal forma que en la salud de la comunidad influyen factores epidemiológicos, problemas de salud (y riesgos) que existen en la comunidad, y las condiciones de vida de la gente que la compone. Es decir, el concepto de salud como sumatorio de factores, en el marco de un proceso continuo (promoción, prevención, educación y curativo):

Si queremos conseguir el objetivo de la O.M.S., en el que todos los ciudadanos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita «crear una vida social y económicamente productiva», y remarcar la importancia fundamental de la participación de todos los ciudadanos para el logro de la misma; hemos de tomar como punto de partida, que la población, que cada comunidad sea consciente de sus propias necesidades de salud y participe directamente en el lograr la satisfación de la misma.

La enfermera es el agente más importante del Centro de Salud en las misiones educativas y preventivas. Es una importante fuerza social en la comunidad, es la guía del cambio («debe organizar la comunidad e implicarla en la salud»).

Como profesional de salud, la enfermera ha de saber ser capaz de dinamizar, impulsar, de dirigir, de crear las pautas que desemboquen a la nueva situación de que: cada individuo sea responsable de su propia salud.

La enfermera, tiene que ser capaz de sintonizar con las necesidades de cambio, y aportar una actitud que concentre de modo especial la energía

de «líder» y que pueda transmitirla racionalmente, de modo articulado, al conjunto en el que se mueve.

La Sanidad.— la Enfermería en la comunidad, es una de esas situaciones humanas y sociales que hoy rompe en circunstancias de cambio profundo y que precisa o necesita agentes de transformación, de líderes ¿Por qué?...

—Estamos pasando de un concepto de salud estático, como ausencia de Enfermería, como privilegio de una clase social, etc., a una concepción más abarcadora, abierta y de muchas implicaciones. La salud concebida como bienestar, como calidad de vida, como pedagogía preventiva de patologías, como derecho primario del ser humano... Por consiguiente, como un patrimonio real que hay administrar, acrecentar y difundir.

En suma, estamos pasando de concepciones cerradas, aisladas dentro de su mando, a unas concepciones abiertas, dinámicas, llenas de retos, convertidas en necesidades sociales acuciantes. Es, pues, una demanda compleja y convulsiva en ocasiones, que está pidiendo con espectaculares signos de premura una respuesta global, matizada, precisa y abierta por parte de las instancias responsables de la administración de la salud.

Podríamos decir, que necesitamos con urgencia un tipo de desarrollo social fundado en las necesidades de la población; sabiendo distinguir entre: «necesidades reales de origen fisiológico» y «deseos y aspiraciones de origen imaginario» y las consecuencias que acarrean su no satisfacción respectivamente. Es decir: para el caso de la salud, la población necesita menos riesgos de enfermar y más apoyo para mantener su estado de salud, y a partir de aquí, identificar las verdaderas «necesidades de salud» a través de un estudio de los problemas de salud (ANALISIS EPIDEMIOLOGICO) y de las necesidades de salud expresadas por la población (ANALISIS SOCIOLOGICO).

Por estas razones es imprescindible que para la definición e indentificación de los problemas y necesidades de salud, la participación de la comunidad junto a los profesionales de salud, con el fin de identificar lo que exactamente necesitamos.

Es aquí donde la participación de la comunidad pasa a ser un hecho real y activo.

La enfermera, al ser el primer eslabón de la población con los servicios de salud ha de ser el motor de arranque de todo el engranaje.

Así, pues, la enfermera tendría que asumir en los primeros pasos, el liderazgo dentro de la comunidad donde trabaja.

Por tanto, hemos de formar profesionales con un nivel de conocimientos y experiencia para saber desenvolverse en cuadros organizativos, dominando los factores de planificación, de control, de evaluación, de confrontación de objetivos, de reconducción de situaciones.

El liderazgo que debe saber ejercer, como una corriente, difícil de definir, que les informa interiormente, y les confiera una energía nueva.

Dicho de un modo aproximativo:

— Un jefe manda.	— Un líder conduce.
— Un director hace trabajar.	— Un líder provoca entusiasmo en el trabajo.
— Un superior consigue disciplina.	— Un líder provoca comunión e identificación.
— Un jefe, a través del mando puede anular en ciertos momentos al mundo.	— Un líder hace madurar en la responsabilidad y en la eficacia.

En este juego de comparaciones, un poco reiterativo, pretende apuntar a esto: Hoy la Enfermería, en la comunidad, o dicho de otro modo, el objetivo de socialización y potenciación de la salud, no puede conseguirse por Decreto-Ley, ni siquiera con una planificación racional, minuciosa y tecnificada de políticas sanitarias. Por supuesto que sin ello no podríamos dar un paso. Pero es imposible que reducido sólo a esto, consiga superar el umbrar de necesidades.

Por esto, el papel de liderazgo en el ámbito de Enfermería, capaz de crear lucidez en los objetivos, entusiasmo en el trabajo, creatividad funcional en las situaciones... es fundamental.

Por último habría que preguntarse, si tal como decimos, los líderes, son esas personas dotadas de creatividad, que dinamizan, que pueden provocar referencias y puntos de cambio.

¿Cómo surgen y de dónde?

O recordando el paralelismo, con lo de «quién vigila al vigilante», resulte inquietante respoder a la pregunta: ¿«Quién lidera a los líderes»?

Es posible, que el líder sea el resultado y la culminación de muchas cosas: racionalidad, honradez, convicción, apuesta por los valores altos, sentido de la solidaridad, imaginación, fe en el ser humano.

Por consiguiente parece que hay razones para pensar que se prodiguen las actitudes positivas de liderazgo.

De momento, al menos, podemos apoyarnos en esta esperanza.

BIBLIOGRAFIA

SALUD COMUNITARIA. Teoría y práctica de Hernán S. Martín y Vicente Pastor: ¿Porqué liderazgo en Salud para todos? Por Halfdan Hahler. Dirección General de la O. M. S.

16. Comunicación

LIDERAZGO DE ENFERMERIA EN EL DESARROLLO DE LA ATENCION PRIMARIA

Lourdes Rodríguez García
M.ª Angeles García de Sola
Juan Pérez Gómez
Profesoras de la escuela
Universitaria de Enfermería
de la Universidad de Granada

Hoy en día, las enfermeras somos conscientes de que podemos llegar a constituir el grupo más poderoso e influyente dentro del completo cambio estructural que se necesita para poder alcanzar y establecer la meta u objetivo de una salud para todos en el año 2000.

De todos es conocida la declaración de Alma-Ata, celebrada en 1978, donde estuvieron presentes 100 estados miembros de la O.M.S. junto con otros miembros de la comunidad sanitaria nacional, entre los que se incluye el Consejo Internacional de Enfermería. Se llegó al compromiso de «Una Salud para todos en el año 2000», mediante la Atención Primaria.

La declaración de Alma-Ata, señala que el principal objetivo social de los gobiernos, organizaciones internacionales y de toda la comunidad mundial, en las décadas venideras, debe ser que, para el año 2000, toda la población del mundo disfrute de un nivel de salud que les permita llevar una vida productiva, tanto social como económicamente.

La Atención Primaria es la clave para la obtención de este objetivo.

En la declaración se la define como: «Una asistencia sanitaria esencial, basada en métodos prácticos y aceptables, tanto científica como socialmente; una tecnología accesible universalmente a los individuos y familias de la comunidad, por medio de su total participación; y a un coste que la comunidad y el país pueden permitirse mantener, a cualquier estadio de su desarrollo, en el espíritu de la propia confianza y determinación».

Es una parte integral tanto del sistema sanitario del país, del cual es la función central y su foco principal, como del completo desarrollo económico y social de la comunidad.

Constituye el primer nivel de contacto de los individuos, familia y comunidad con el sistema sanitario nacional, al ofrecer una atención sanitaria tan cerca como es posible de donde la gente vive, trabaja y constituye el primer elemento del proceso de una atención sanitaria continuada (O.M.S., 1978).

Por lo tanto, hoy en día la Atención Primaria constituye un reto para el total desarrollo de nuestro campo de acción.

A no ser que los profesionales sanitarios aceptemos tal reto «haremos, como dijo el Dr. Mahler en 1975, una contribución imperdonable al caos mundial».

Necesitamos adaptar los servicios de asistencia sanitaria a la Atención

Primaria. Esto requiere una tecnología diferente, una transformación fundamental de las actitudes de los profesionales sanitarios. En una palabra, necesitamos cambiar las estructuras rígidas por otras innovadoras, cuyo principal punto de mira sea una población sana y un medio-ambiente saludable.

Sin lugar a dudas constituye un difícil reto para todos los profesionales de Enfermería, cuya tradición ha sido marcada por obligación sin poder, subordinación sin influencia, incluso en cuestiones tan esenciales como son el control de su propia formación, educación, enseñanza y práctica.

Desde esta perspectiva, debemos apoyar y construir un liderazgo, cuyo objetivo principal sea convertir a la Enfermería en una fuerza dinámica que ofrezca una atención sanitaria a todos.

Necesitamos líderes que canalicen esta fuerza dinámica para que llegue a ser efectiva. Líderes capaces de dirigir y motivar, no sólo a sus colegas, sino a todos los grupos relacionados con la salud. Líderes que tengan un conocimiento claro, diáfano de los principios fundamentales que inspiran una Salud para Todos y Atención Primaria. Si todas las enfermeras partimos de las mismas ideas y convicciones, acerca de la Atención Primaria y aunamos todos nuestros esfuerzos, podemos actuar como un potente agente que impulse el cambio. Debemos ser conscientes de que este cambio se está acercando y de que la Enfermería debe contribuir en gran medida al desarrollo efectivo de la implantación adecuada de una Salud para todos.

Ahora bien, la adaptación de la Enfermería a los principios de la Asistencia Primaria requiere de una difetente tecnología, diferentes orientaciones y aptitudes; incluso como nos dice Bryant, una ética diferente a la que caracterizaba a la Enfermería tradicional.

Por desgracia, la mayoría de las enfermeras no estamos preparadas para un futuro en el cual la Asistencia Primaria sea la premisa operativa. Tampoco nos ayudan los factores estructurales y culturales de muchos países, ya que prefieren un sistema curativo más que un sistema basado en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

A pesar de los avances tecnológicos, en la asistencia sanitaria sigue habiendo desigualdades en la salud, incluso en los países más desarrollados. Estos problemas no se pueden resolver con enfoques curativos o de alta tecnología, sino con el cambio social, entendido éste como el resultado de la Atención Primaria. De acuerdo a esto, los profesionales debemos trabajar con la gente en la comunidad para identificar y buscar las soluciones oportunas a las necesidades comunitarias.

Debemos ser partícipes y miembros representativos de todos los organismos y asociaciones relacionadas con la salud y con todos aquellos que puedan influir directa o indirectamente en el desarrollo de una Salud para Todos.

Permítanme recordarles que con sólo el 5 % de lo que se gasta en el mundo en armamento militar, aproximadamente un millón de dólares por

minuto o 500 billones de dólares por año, todos los niños de los países subdesarrollados podrían ser vacunados en contra de las enfermedades más comunes; 200 millones de niños descutridos y 60 millones de mujeres embarazadas podrían ser bien alimentadas; todo el mundo podría tener agua potable para 1990 y se podría ofrecer un sistema sanitario preventivo a los países del tercer mundo.

Si conseguimos que se nos oiga y se nos tenga en cuenta a todos los niveles, conseguiremos el cambio social necesario para que una Salud para Todos, a través de la Atención Primaria, tenga éxito.

El convertir en realidad efectiva a la Atención Primaria es un reto que se le presenta a todas las enfermeras, el cual, si lo ignoramos, perjudicará notablemente al futuro y prosperidad de la humanidad y a la misma profesión de Enfermería.

La cuestión es si Enfermería llegará a convertirse en una fuerza dinámica para conseguir una Salud para Todos. Creemos que intentarlo vale la pena. Visto desde esta perspectiva, el reto principal que se le presenta a la Enfermería es, simplemente, mantener viva la visión de un mañana mejor para toda la humanidad.

BIBLIOGRAFIA

BAKER, W. (1979). Shaping the Future: Canada in a Global Society. Centre for Police and Management Studies, Ottawa.

BAUMGART, A. J. (1982). Nursing for a new century -a future framework. Journal of Advanced Nursing. 7, 19-23.

BEVERY, C. FLYNN, DIXIE, W. RAY, and EUGENE, D. SELMANOFF (1987). Preparation of Community health nursing leaders for social action. Int. Journal studies. Vol. 24, No. 3, 239-248.

BRYANT, J. (1969). Health and Developing World. Cornell University Press, New York.

MACPHERSON, K. (1980). International aspects of feminism. Status of Women News 6, 3, 2-3.

MAHLER, H. (1975). Healt for all by the year 2000. WHO Chronicle. 29, 457-461.

SMITH, J. (1987). Targets for health for All: Implications for Nurses, Midwifes and Health visitors. Journal of Advenced Nursing, 12, 1-2.

World Health Organization (1978). Primary Helath Care: Report of the International Conference on Primary Helath Care, Alma-Ata, USSR, 6-12, September 1978. WHO, Geneve.

World Health Organization Regional Office for Europe (1986). Targets for Health for All: Implications for Nursing/Midwifery. WHO, Copenhagen.

17. Comunicación

ENFERMERIA EN LA COMUNIDAD, EDUCADORA EN LA COMUNIDAD

Cristina Heierle Valero
Profesora de Salud Pública II

INTRODUCCION

El título de esta comunicación, es toda una declaración de principios y un compromiso que creo debemos asumir, en toda su extensión y significado.

El desarrollo de esta pequeña aportación a estas sesiones de trabajo, va intentar convencer a las agnósticas así como animar y motivar a las que comportan la idea de la enfermera es la educadora idónea y la educación la principal herramienta que tenemos para promocionar la salud.

ATENCION PRIMARIA, OBJETIVO: PROMOCIONAR LA SALUD

desde que comenzó la llamada «reforma sanitaria», animada por los acuerdos tomados en el 78 en Alma Ata y por la resolución que la Asamblea Mundial de la Salud, adoptó por unanimidad en el 77, de que «la principal meta social de los gobiernos y de la O.M.S. en los decenios siguientes debía consistir en alcanzar para todos los ciudadanos en el 2000 un grado de Salud social y económicamente productiva». La atención primaria de salud, ha tenido un gran auge, hasta el punto de desarrollar toda una filosofía, sobre todo en los países del área mediterránea, en torno a los principios básicos que la animaron, filosofía que se ha dado en llamar de «Atención Primaria». No es por casualidad que estos conceptos aparezcan y evolucionen en un momento en que la ciencia y la tecnología reconocen sus limitaciones y la necesidad de que la población se asocie a los sanitarios en los problemas y necesidades en materia de salud.

Recordemos a modo de marco global alguno de estos principios, como son:

La Salud como concepto integral.
La accesibilidad de los servicios sanitarios.
La equidad en la distribución de recursos.
La universidad del derecho a la salud.
La descentralización administrativa.
La participación de la comunidad.

Y aunque todos estos principios, como su nombre indica, son indispensables, no dejan de ser meras estrategias o vías de cumplimentación del principal objetivo que dirije esta atención, así como del espíritu con que se inició este movimiento, la de impregnar toda la asistencia, incluso la especializada, de una idea de promoción de la salud.

Pero, ¿qué significa esta promoción de la salud?; significa una opción de política sanitaria que supone:

El acceso a la salud de todo el mundo, hacer la salud fácil y la enfermedad difícil, desde el punto de vista soial, geográfico, económico...

Mantener y desarrollar la salud, sin tener en cuenta la situación actual de salud; aunque manteniendo el principio de equidad, para no acrecentar las diferencias ya existentes en este terreno.

Procurar un ambiente dinámico y adaptativo al medio en el que nos desenvolvemos.

El refuerzo de lás redes sociales, como ayuda al individuo y familia que lo precisen.

Mejoras en los estilos de vida, para procurar formas de vida sanas.

Aumento del conocimiento y diseminación de la información para lograr una independencia de la población, con respecto a los servicios sanitarios; y todo ello, en base a unas políticas superadas y globalizadoras, en las que todos los sectores tengan un objetivo común: La Salud.

La promoción es, pues, una filosofía superadora e integradora de lo que, hasta ahora se ha venido haciendo por parte de los servicios sanitarios con el nombre de prevención. La práctica de la prevención parte de la idea de evitar la enfermedad, de ámbito dualista y sanitarista, teniendo como ciencia base a la epidemiología, siendo los servicios de sanitario/as los que definen las necesidades de la comunidad.

La filosofía de promoción, está basada en la idea de la salud influenciada por multitud de factores, que rodean al individuo, interaccionando con él, y en la cual está implicada toda la comunidad desde diversos aspectos, siendo esta la que busca satisfacer las necesidades que ella misma detecta. Teniendo como base a todas las ciencias de la salud.

PROMOCION VERSUS EDUCACION

La promoción es un proceso por el cual se capacita a los invividuos y a las comunidades para que aumenten el control sobre los determinantes de la salud y, por tanto, la mejoren. Se basa, pues, en los mismos conceptos que la educación: proceso continuo, es decir a lo largo de la vida, que ayuda al individuo en su desarrollo y le permite ser más libre, por eso para nosotros, hablar de promoción es lo mismo que hablar de educación en salud; entendiendo por educación una función que engloba actividades informativas, organización comunitaria, actidades que ayuden a individuos,

familias y comunidades a comprender las consecuencias para la salud de determinados estilos de vida y a ocuparse de la salud, así como otras actividades que permitan y refuercen las conductas que lleven a la salud (Asamblea Mundial de la Salud 1983). Según esta comprensión, la educación debe cumplir al menos los siguientes requisitos:

Basar los programas de educación en las necesidades sentidas por la propia comunidad, que es la que las objetiva y decide resolverlas o no.

Partir de una concepción cultural de la Salud, esta concepción implica una interacción y un equilibrio dinámico entre el individuo, la comunidad y su entorno. La naturaleza subjetiva y la relatividad de la salud, conducen a una percepción personal, colectiva y, por lo tanto, cultural, con lo cual los programas deben comenzar y acabar en la comunidad local.

La actuación fundamental es, sobre los factores comunes que fomentan la salud o producen enfermedad, referidos al medio ambiente y a los estilos de vida, favoreciendo sus dimensiones positivas.

La estrategia global es educadora, para conseguir el desarrollo y para garantizar cubrir las necesidades básicas de los individuos.

LA ENFERMERA EDUCADORA

La única posible vía de conseguir la promoción de la salud, partiendo de este análisis, es la de ayudar a la población para que en un futuro ésta pueda autocuidarse a través de un proceso educativo continuo y multiprofesional. Claro que esta nueva función acarrea problemas de indentidad a los profesionales sanitarios. ¿A todos? No, a enfermería no le trae problemas; al contrario, la confirma en el papel de educadora que venimos reconquistando en los últimos años.

¿Porqué aseveramos esto? Porque lo venimos creyendo desde Florence Nigthingale, y porque la O.M.S. nos lo confirma y no precisamente cuando dicen que «las enfermeras por vocación deben amar al prójimo», sino porque:

Trabajamos en la comunidad, desde la comunidad y con la comunidad.

Estamos dispuestos a asumir esta filosofía de atención primaria y promoción que se basa en palabras tan familiares como: cuidado, ayuda, necesidad, etc.

Deseamos retomar nuestros orígenes de la más lejana historia (brujas, sanadoras, comadronas, etc.), de consejeras, cuidadoras y educadoras.

Ya lo estamos demostrando con un historial breve pero lleno de éxitos, tanto en España (programa de atención a crónicos y familia de la Junta de Andalucía), como en el resto del mundo (Finlandia, Kenia, Tailandia, etc.).

Los objetivos de la educación y la enfermería coinciden en el deseo de desarrollar el potencial de salud de la comunidad.

Para terminar y como colofón, quisiera citar al Dr. Halfdan Mahler, director general de la O.M.S., en el discurso que pronunció en Tokio en abril de 1986: »Entre los profesionales de salud, la profesión de enfermería ha demostrado siempre una gran dedicación y compromiso a la causa social y la aceptación y disposición para cambiar. En lugar de la enfermería para provocar los cambios esenciales en los sistemas de salud nacionales basados en el cuidado de salud primarios, está claro. Los enfermeros trabajan en todos los ambientes. Proporcionan cuidados en todos los niveles; representan la mayor categoría de trabajadores de la salud en muchos países; están en contacto con la población libremente; son con frecuencia las principales conexiones entre los individuos y familias y el resto de los sistemas de salud. Trabajando con las personas, la enfermera es diariamente testigo de los estragos que ocasionan entre la población los servicios de salud mal concebidos e inadecuados; pueden hacerse eco de los sentimientos de las personas a quienes sirven y pueden ofrecerles credibilidad y apoyo argumentado. Pueden ser una importante fuerza social en la comunidad.

La profesión de enfermería, por tanto, tiene la responsabilidad de guiar el cambio; debe, por lo tanto, considerar los evidentes problemas que tiene delante y debe identificar las estrategias y las acciones que harían falta para ejercitar su pleno potencial de liderazgo.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

— O.M.S. Serie informes técnicos 690.
Nuevos métodos de educación sanitaria en la Atención Primaria de Salud. 1983.
— O.M.S. Documento básico para discusiones técnicas de la 36 Asamblea Mundial de la Salud. 1983.
— MAHLER HALFDAN. «Las enfermeras marcan la pauta». Revista Salud Mundial. O.M.S. 1985.
— MAHLER HALFDAN. «¿Porqué el liderazgo en salud para todos?». Discurso de apertura del encuentro internacional sobre «Liderazgo de Enfermería en Salud para todos». Tokio 1986.
— Modelo M. A. Educación Sanitaria en la Atención Primaria «La experiencia italiana». Octubre 1985.

18. Comunicación

«ADECUACION EMPIRICA DEL MODELO DE D. OREM EN INDIVIDUOS MAYORES DE 65 AÑOS EN CONSULTAS DE ENFERMERIA

Juana M.ª Hernández Conesa
Profesora de Enfermería de Salud Pública y Enfermería Geriátrica. Escuela Universitaria de Enfermería Virgen de la Arrixaca». Murcia.
Carmen I. Gómez García
Profesora de Enfermería Materno-Infantil E.U.E. «Virgen de la Arrixaca». Murcia.
Concepción Ordóñez Cabrera
Profesora Ayudante. Area de Salud Pública. E.U.E. «Virgen de la Arrixaca». Murcia.
Antonio Paredes Sidrach de Cardona
Profesor Ayudante. Area de Salud Pública. E. U. E. «Virgen de la Arrixaca». Murcia.
Mónica Esquerdo Laib
Profesora Ayudante. Area de Salud Pública. E. U. E. «Virgen de la Arrixaca». Murcia.

FUNDAMENTACION TEORICA

Las enfermeras/os que trabajamos en Atención Primaria de Salud sabemos que el 25 % de los pacientes ancianos no deberían ser hospitalizados, por sufrir procesos banales; con esto se constata la importancia de buscar otras alternativas para cuidar a estos individuos, para procurarles una mejor calidad de vida. Con el progresivo envejecimiento de la población y el acortamiento de las estancias hospitalarias, existe una mayor expectativa de planificar y crear programas acondicionados en los Centros de Salud (1).

La Enfermería puede aportar respeto a la mejora de la calidad de vida del anciano toda una filosofía que le es propia, enseñando al cliente cómo puede mejorarla y mantenerla. En este sentido y valiéndose para ello de instrumentos válidos, tales como las historias de Enfermería elaborando registros específicos para la Atención Primaria de Salud, se pueden detectar afecciones y problemas en necesidades descubiertas, que se atribuyen en muchas ocasiones a la edad, pudiendo mejorar el estado de salud de muchos ancianos gracias a la aplicación de cuidados enfermeros de rigor científico.

Por todo ello nos propusimos adecuar empíricamente el modelo de Enfermería de D. Orem en un Centro de Salud con pacientes mayores de 65 años para ratificar de forma fehaciente su utilidad en el trabajo de Enfermería y tal como aconseja Marian McGee.

Sabemos que la Adecuación Empírica es la adaptación, ajuste o correspondencia armónica entre lo relativo a la experiencia y lo fundado en la práctica.

Mediante el Proceso de Atención de Enfermería y en concreto en su fase de evaluación, constatamos si la Atención de Enfermería ha sido correcta. Ahora bien, a su vez debemos valorar si el modelo elegido para aplicar esos cuidados a la comunidad es adecuada, útil, eficaz, y eficiente, tanto en la aplicación del modelo como en su elección.

Para el modelo de D. Orem*, la Enfermería se refiere especialmente a

---

Véase OREM, D.: *Normas prácticas en Enfermería* (10).

las necesidades del ser humano, que están en relación con el «cuidado», definiéndose éste como:

«Las acciones que permiten al individuo mantener la salud, curar las enfermedades o heridas y hacer frente a sus efectos».

A su vez, D. Orem propone Sistemas de Intervención con los que actuar sobre el paciente, familia y comunidad según su grado de autonomía. Estos Sistemas son:

— *Compensación total:* en el que el paciente no tienen ningún papel activo en la realización de los autocuidados y la enfermera/o ayuda actuando en lugar del paciente.
— *Educativo de apoyo:* el paciente debe ser ayudado por la enfermera/o en la mejora de su entorno mediante la enseñanza.
— *Compensación parcial:* en el que el paciente y enfermera/o participan en los autocuidados (2).

Teniendo en cuanta lo anterior, se hace necesario recordar que una profesión se distingue de un oficio en que aquélla se basa en conocimientos teóricos que le son propios y tiene una base científica de donde procede el servicio que ofrece la sociedad, Así mismo, un modelo conceptual es una imagen mental o una visión abstracta de una realidad dada, es la representación mental que proporciona una dirección para la práctica, la docencia y la investigación de Enfermería.

Esta valoración la realizaremos mediante el Indice de Utilidad para la elección de los Modelos de Enfermería de Marian McGee, el cual tiene cinco criterios:

A) Valor social.
B) Compatibilidad.
C) Integridad.
D) Requerimiento de habilidades.
E) Viabilidad.

A) VALOR SOCIAL

El valor social de un modelo tiene cuatro puntos. Primero, un modelo útil beneficia a la sociedad. Por ejemplo, la teoría de Henderson ha hecho una útil contribución a la sociedad mediante la identificación de las acciones que la Enfermería puede realizar. El planteamiento más reciente de una atención orientada a conseguir una meta y centrada en el paciente, también ha mostrado que resulta beneficiosa para la sociedad.

Segundo, el modelo tiene que asignar valores específicos a sus orienta-

ciones, explicaciones y prescripciones específicas. Los modelos que cumplen este requisito son más útiles en la práctica para las enfermeras. La especificación de Abdellah en respuesta a los 21 problemas planteados por la Enfermería demuestra el valor que tiene la precisión. La elaboración de la teoría de Henderson realizada por Roper mejora las respuestas de la Enfermería a las 12 actividades de la vida diaria.

Tercero, el modelo tiene que proporcionar orientación a las enfermeras en cuanto a las decisiones éticas. El respeto hacia los derechos y la posibilidad de elección de los pacientes es crítico para cualquier modelo de Enfermería. Cada vez resulta más complejo adoptar decisiones éticas en la Enfermería clínica.

Por último, el modelo tendría que ayudar a las enfermeras a resolver los conflictos éticos. Muchas enfermeras encuentran problemas éticos en su práctica diaria. Las enfermeras suelen arbitrar tales conflictos. Un modelo útil reconoce esta contribución y proporciona guía para este tipo de situaciones.

B) COMPATIBILIDAD

El criterio de compatibilidad consta de dos partes. Un modelo es más útil cuando es compatible tanto con el sistema de atención sanitaria como con los valores culturales de la comunidad dentro de la que trabaja la enfermera.

C) INTEGRIDAD

Este criterio consta de cinco puntos. Un modelo es útil cuando es completo; esto significa que:

- Ofrece una guía para tomar decisiones en cuanto a la promoción de la salud, el control del riesgo y el cuidado de la morbilidad y de la crisis.
- Establece prioridades en cuanto a la prestación de atención frente a las necesidades prácticas de la situación.
- Es adecuadamente lógico.
- Funciona bien en la práctica.
- Cumple las prescripciones, predicciones o explicaciones establecidas.

El aparato tercero y el cuarto son tremendamente importantes. La lógica es crítica para la utilidad. La utilidad de un modelo resulta gravemente dañada cuando sus términos o elementos están descritos o explicados de

forma vaga, cuando las predicciones son imprecisas o cuando las prescripciones son inadecuadas. Es igualmente vital la suficiencia empírica o el buen funcionamiento del modelo en la práctica. Se está comprobando la validez de muchos modelos. Muy pocos de ellos, o ninguno, ha demostrado ser completamente válides y dignos de confianza. Las enfermeras tendrían que realizar una investigación adicional sobre su validez empírica.

D) REQUERIMIENTO DE HABILIDADES

La habilidad requerida para mejorar la atención basándose en un planteamiento teórico depende del valor que se atribuya a dichas capacidades y de las expectativas y necesidades de la situación en un momento dado. La utilidad de un modelo depende en parte del grado y la complejidad de las habilidades requeridas.

E) VIABILIDAD

El criterio de viabilidad consta de dos partes: los recursos requeridos y la potencialidad del modelo.

Los principales requerimientos para la viabilidad de un modelo son los recursos humanos y la destreza, el conocimiento, el tiempo y el espacio necesarios para actuar. De forma particular, el tiempo es importante. Cuanto más corto sea el período de tiempo requerido, mayor será la viabilidad del modelo. El espacio es menos importante. Sin embargo, la destreza es una condición más crítica para la viabilidad de un modelo.

Un modelo es viable si tiene potencialidad para que se consiga: eficacia, eficiencia, aplicabilidad y oportunidad. Además, el grado con que un modelo teórico pueda contribuir a asegurar la calidad aumenta su nivel de utilidad no sólo en cuanto a la organización de los servícios y el sistema de atención sanitaria, sino para la sociedad en general.

LOCALIZACION DEL ESTUDIO

Esta experiencia fue realizada en las consultas de Enfermería de la ex Unidad docente de la Medicina Familiar y Comunitaria de Cabezo de Torres, pedanía de Murcia, situada a unos ocho kilómetros de la capital, con un censo aproximado de 6.800 habitantes; y de la ex Unidad docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Algezares, pedanía de Murcia, situada a unos 10 kilómetros de la capital con un censo aproximado de 4.100 habitantes.

El estudio se llevó a cabo durante los meses de enero a junio de 1987,

coincidiendo con el período de clases prácticas por los estudiantes de la 4.ª Promoción de Diplomados Universitarios en Enfermería de la Escuela Universitaria de Enfermería «Virgen de la Arrixaca» (INSALUD), Murcia, correspondientes a la asignatura de Salud Pública II.

MATERIAL Y METODOS

El material utilizado fue:

— Consulta de Enfermería de los centros antes mencionados de Atención Primaria de Salud con individuos mayores de 65 años.
— Estudiantes de Enfermería de 3.er curso.
— Registros obtenidos como instrumento de recogida de datos para constatar la adecuación empírica del modelo utilizado:

  • Historia de Enfermería individual.
  • Historia de Enfermería familiar.

— Material bibliográfico.

El método utilizado para la realización del trabajo fue en base al Indice de Utilidad indicado anteriormente utilizando los cinco criterios mencionados.

A) VALOR SOCIAL

Se mide según varios parámetros:

- Eligiendo el modelo de D. Orem queremos comprobar que beneficia a la sociedad y que permite evaluar progresivamente la **relación terapeútica** y la evolución de los planes de cuidados a corto, medio y largo plazo.
- La realización del **Diagnóstico de Enfermería** en cada una de las consultas realizadas nos permitirá comprobar la aparición de nuevas necesidades sin cubrir, así como la evolución de los problemas.
- A la hora de realizar el **Plan de Cuidados** del Proceso, veremos si se han tenido en cuenta las creencias, decisiones, forma de vida y derechos del paciente. Contribuyendo a un cuidado más eficaz y a una mayor satisfacción para el paciente y el profesional; al mismo tiempo que si el secreto profesional ha sido una constante durante la Atención de Enfermería.

B) COMPATIBILIDAD

El modelo de D. Orem será útil si es compatible con la filosofía de Atención Primaria de Salud. Esto se apreciará mediante los **Diagnósticos de Enfermería,** establecidos en términos de autocuidados. Así mismo será compatible con los valores culturales de la comunidad a la hora de aplicar cuidados si se está de acuerdo con las condiciones del medio, sociales, económicos y culturales.

C) INTEGRIDAD

Este modelo será completo:

- Si se basa en los tres niveles de atención de Enfermería (prevención, fomento y curación).
- Si después de identificar las necesidades del paciente se disponen por orden de prioridades para establecer una correlación en la distribución de los cuidados.
- Si es lógico y congruente existiendo **relación** entre la **Valoración** realizada y el **Diagnóstico** con el **Plan de Cuidados** ejecutado.
- Si para el buen funcionamiento, los Diagnósticos se establecen en términos de **«Autocuidados»,** estando en concordancia con el Plan de Cuidados, basándose en la filosofía de Atención Primaria de Salud.
- Si con la fórmula de «Autocuidados» se cumple lo que en los objetivos del Plan de Cuidados se formuló, prescribió y predijo.

D) REQUERIMIENTO DE HABILIDADES

La utilidad de este modelo para el cuidado del paciente, vendrá, en gran medida, condicionada por los estudiantes de 3.^{er} Curso de Enfermería, motivados por este modelo. Esto se constará mediante la **efectividad** de la atención prestada.

A) VIABILIDAD

Para ver la viabilidad del modelo elegido nos centraremos en dos apartados:

Recursos que se requieren.

- Para la realización de cada una de las consultas empleamos aproxi-

madamente de 15 a 20 min. en un total de cinco horas por día, durante el período académico comprendido entre enero y junio de 1987.
- Se utilizarán cinco consultas con un total de 12 estudiantes de 3.er Curso de Enfermería para cubrirlas.
- Consideramos que la disponibilidad de habilidades de este modelo se debe demostrar en tanto que tras cada consulta el paciente, a la vez que valoradas sus necesidades, tendrá realizado un Diagnóstico de Enfermería y Plan de Cuidados adecuado a sus requerimientos.

Potencial del modelo.

Veremos si este modelo de Enfermería es factible comprobando su **eficacia** y **eficiencia** y si se consiguen los objetivos propuestos; a la vez que si las necesidades detectadas en los diagnósticos se van cubriendo progresivamente.

RESULTADOS

EL VALOR SOCIAL se ha medido por:

- La relación terapeútica, observando que de las 210 Historias de Enfermería realizadas, 166 (79,04 %) de los ancianos vuelven a la consulta de Enfermería; 40 ancianos (19 %) no volvieron nuevamente y cuatro personas de las historiadas (1,96 %) no se pudo valorar la relación terapeútica (Tabla 1; Gráfica 1).
- El Diagnóstico de Enfermería realizado y la evolución de los problemas detectados obteniéndose que las Historias de Enfermería en las que sí se realizó una sola consulta totalizó un número de 44 (4,49 %); las consultas en las que aumentaron los problemas con respecto a la anterior visita fueron 75 (7,66 %); las consultas en que dismiyuren los problemas fueron 107, lo que supone 10,93 %; y las consultas en las que los problemas permanecieron constantes, sin variación totalizaron 587 (59,96 %). La consulta de contacto de aquellas historias con relación terapeútica positiva supuso un total de 166 (16,96 %) (Tabla 2; Gráfica 2).
- Hemos comprobado que el Plan de Cuidados es congruente con las creencias, decisiones y derechos del paciente en un 100 % de las consultas efectuadas (tabla 3).

La COMPATIBILIDAD del modelo de D. Orem se midió mediante la relación entre el Diagnóstico de Enfermería realizado y los autocuidados propuestos dando como resultado que el 100 % de los casos existía esta relación.

La INTEGRIDAD. El modelo de D. Orem se basa en los tres niveles de Atención de Enfermería en el 100 % de las consultas realizadas, así como, en el 100% de las mismas se lleva a cabo la jerarquización de las necesidades y problemas. A su vez, existe relación entre el Diagnóstico de Enfermería y la valoración en 718 consultas (73,34 %), mientras que en 261 (26,66 %) de las consultas no existe esta relación (Tabla 4; Gráfica 3).

Los diagnósticos se establecen en términos de Autocuidados en un 100 % de las consultas. Los Objetivos del Plan de Cuidados se cumplieron con la fórmula de autocuidados en el 100 % de las historias.

REGISTRO DE HABILIDADES que se mide mediante la relación terapeútica, datos ya mencionados con anterioridad.

La VIABILIDAD se refleja en los recursos utilizados para la realización de este estudio, descritos en el apartado correspondiente de Material y Métodos.

Los resultados complementarios obtenidos durante el tiempo en que se llevó a cabo este trabajo, fueron los siguientes:

El total de Historias de Enfermería realizadas fue de 534 de las que 324 (60,68 %) eran de pacientes menores de 65 años y 210 (39,32 %) de clientes mayores o de edad igual a 65 años.

Estos ancianos historiados realizaron un total de 979 consultas, que supone un 46,79 %del total. Los hombres realizaron 308 (31,46 %) y las mujeres 671 (68,54 %), siendo este último el grupo de individuos que acudió en mayor medida (tablas 5 y 6).

Analizando el número de consultas, durante el tiempo que se realizó el estudio, encontramos que la mayor frecuencia en las consultas tuvo lugar en los meses de febrero (23,08) y marzo (21,04 %), coincidiendo con los meses en que mayor número de días estuvo abierta la Consulta de Enfermería. Los meses de menor consulta fueron: abril con 110 (11,24 %) y junio con 115 (11,75 %) que, así mismo, coincide con los períodos en que se mantuvo un menor número de días abierta la Consulta de Enfermería (Tabla 7; Gráfica 6).

En cuanto a la distribución de las consultas en la Unidad y en el domicilio del cliente, se registraron un total de 719 (73,44 %) en la Unidad y 260 (26,56 %) en el domicilio. Habiendo un mayor número de consultas en la Unidad en los meses de febrero y marzo con 187 y 153, respectivamente, y a domicilio en marzo con 53 y mayo con 62 consultas (Tabla 8; Gráfica 7).

Del número de Historias de Enfermería totales realizadas a domicilio (33), tres de ellas fueron realizadas a menores de 65 años, mientras que las 30 restantes (90,90 %) a ancianos (Tabla 9; Gráfica 8).

Del total de necesidades detectadas sin cubrir, según el número de consultas realizadas (979) a ancianos, vemos que son 2.035, siendo la necesidad más diagnosticada la de Información con 88,45 % (866) y la de Protección al Medio con 63,84 % (625 casos) (Tabla 10; Gráfica 9).

Relacionando el número de necesidades detectadas sin cubrir con los meses de mayor afluencia de clientes a la consulta, encontramos que durante este tiempo se realizan un total de 432 consultas, siendo igualmente las necesidades más detectadas las de Información y Protección al Medio.

estudiando la distribución de los Sistemas de Intervención de Enfermería propuestos por este modelo, en relación con el total de consultas efectuadas, encontramos que el Sistema Educativo de Apoyo es el más empleado, con un 82,54 %, seguido del Sistema de Compensación Parcial más Educativo de Apoyo con 7,76 %; y el Sistema de Compensación Total y el de Compensación Parcial con el 6,84 % y 2,86 %, respectivamente (Tabla 11; Gráfica 10).

Atendiendo al grado de autonomía, vemos que la mayor frecuencia es la de Autonomía Total, con el 72,12 %, seguido de Autonomía Parcial con 21,14 % y Autonomía Nula con 6,74 % (Tabla 12; Gráfica 11).

COMENTARIOS

Debemos hacer constar que existen cuatro consultas de las 979 totales, en las que no se ha podido valorar la relación terapeútica, puesto que éstas se realizaron durante los últimos días del período de prácticas, no existiendo la posibilidad de realizar un seguimiento de estos clientes. Por lo cual, hemos considerado conveniente incluir estas cuatro historias entre las realizadas sin éxito terapéutico a la hora de expresar los datos en las tablas.

Los datos obtenidos en la Tabla 2 referentes a las consultas de contacto de las historias con relación terapeútica positiva, corresponden a aquellas consultas realizadas al abrir la Historia de Enfermería y que, por tanto, no son valorables con respecto a consultas anteriores.

Consideramos que la alta frecuencia de consultas en las que no existe una rápida mejora en las necesidades detectadas está condicionada por la idiosincrasia propia del anciano, es decir, una lenta adaptación y aprendizaje del Plan de Cuidados propuesto por el profesional de Enfermería, programado a largo plazo.

Así mismo, se debe tener en cuenta que los resultados de este trabajo están condicionados en gran medida por el nivel de conocimientos que poseen los alumnos de 3.er Curso de Diplomado de Enfermería y, a su vez, la relación terapeútica establecida con la comunidad puede verse alterada por ajustes en los turnos rotatorios de prácticas del alumnado, al cambiar el personal de cada consulta de Enfermería en un período de tiempo determinado.

También debemos valorar que existe una variación entre el número de días hábiles en cada uno de los meses en que estuvo en funcionamiento la consulta, de manera que la relación entre número de consultas/meses, se modifica o varía de un mes a otro.

Por último, cabe reseñar que nuestra valoración en cada una de las historias, tiene en cuenta las características gerontológicas de los clientes, calificando así a estos ancianos, desde un punto de vista más objetivo con un grado de autonomía total.

CONCLUSIONES

Hemos comprobado que el modelo de D. Orem se adecúa correctamente a la práctica en los Centros de Atención Primaria de Salud por su viabilidad en la utilización de los Sistemas de Cuidados y de Intervención en Enfermería.

A la vez podemos observar que de los Sistemas de Intervención sugeridos por D. Orem, el más empleado durante nuestro estudio de Adecuación Empírica fue el Educativo de Apoyo y Compensación Parcial.

Las necesidades que se presentan sin cubrir en mayor proporción, son las de Información y Protección al Medio, como corresponde a la filosofía de Atención Primaria, seguido de las necesidades de Movimiento y Cardiorrespiratoria como consecuencia de las características propias de los clientes ancianos.

El modelo propuesto por D. Orem presenta una adecuación y conveniencia a las necesidades de la población según los recursos humanos, materiales y temporales de que disponemos.

Una vez que tenemos en cuenta los parámetros requeridos para este estudio, consideramos el modelo de D. Orem como eficaz y eficiente en su aplicación sobre la Atención Primaria de Salud en la comunidad geriátrica, a la vista de los resultados obtenidos, ya que hemos alcanzado los objetivos marcados al inicio de la experiencia.

TABLAS

TABLA 1

Relación terapeútica

Vuelven a consulta	166 (79,04 %)
No vuelven a consulta	40 (19 %)
Consultas en las que no se puede valorar la relación terapéutica	4 (1,96 %)

TABLA 2

Dto. de Enfermería realizadas y evolución de las necesidades

Dto. totales 979

Historias con una sola consulta	44	(4,49 %)
Consultas en que aumentan las necesidades	75	(7,66 %)
Consultas en que disminuyen las necesidades	107	(10,93 %)
Consultas en que no cambian las necesidades	587	(59,96 %)
Consultas de contacto de las historias con relación terapeútica positiva	166	(16,96 %)
	979	(100 %)

TABLA 3

Congruencia del Plan de Cuidados

Congruente	979	(100 %)
No congruente	0	(0 %)

TABLA 4

Relación entre valoración y diagnóstico

Si existe relación	718	(73,34 %)
No existe relación	261	(26,66 %)

TABLA 5

Historias realizadas

H.ª de clientes de menos de 65 a.	324	(60,68 %)
H.ª de clientes de más de 65 a.	210	(39,32 %)
Totales	534	(100 %)

TABLA 6

Distribución de las consultas poe sexo

Realizadas por hombres	308 (31,46 %)
Realizadas por mujeres	671 (68,54 %)
Totales	979 (100 %)

TABLA 7

Distribución de las consultas por meses

Enero	149 (15,22 %)	consultas
Febrero	226 (23,08 %)	consultas
Marzo	206 (21,04 %)	consultas
Abril	110 (11,24 %)	consultas
Mayo	173 (17,67 %)	consultas
Junio	115 (11,75 %)	consultas
Totales	979 (100 %)	consultas

TABLA 8

Relación de consultas unidad/domicilio

Meses	*Unidad*	*Domicilio*
Enero	121	28
Febrero	187	39
Marzo	153	53
Abril	77	33
Mayo	111	62
Junio	70	45
Totales	719	260

TABLA 9

Relación historias domiciliarias/edad

H.ª de clientes de menos de 65 a.	3 (9,10 %)
H.ª de clientes de más de 65 a.	30 (90,90 %)
Totales	33 (100 %)

TABLA 10

Necesidades detectadas sin cubrir

— Información	866 (88,45 %)
— Protección al medio	625 (63,84 %)
— Movimiento	112 (11,44 %)
— Cardiorespiratoria	96 (9,80 %)
— Eliminación	80 (8,17 %)
— Nutrición - Hidratación	75 (7,66 %)
— Comunicación	72 (7,35 %)
— Descenso-Reposo-Sueño	70 (7,15 %)
— Higiene	35 (3,57 %)
— Termorregulación	3 (0,30 %)
— Recreo y ocio	1 (0,10 %)

TABLA 11

Sistemas de intervención

Compensación total	67 (6,84 %)
Compensación parcial	28 (2,86 %)
Compensación parcial y educativo de apoyo	76 (7,70 %)
Educativo de apoyo	808 (82,57 %)
Totales	979 (100 %)

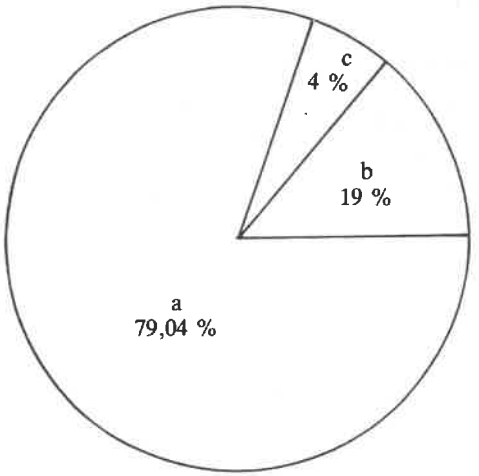
TABLA 12

Grado de autonomía

Autonomía total	706	(71,12 %)
Autonomía parcial	207	(21,14 %)
Autonomía nula	666	(6,74 %)
Totales	979	(100 %)

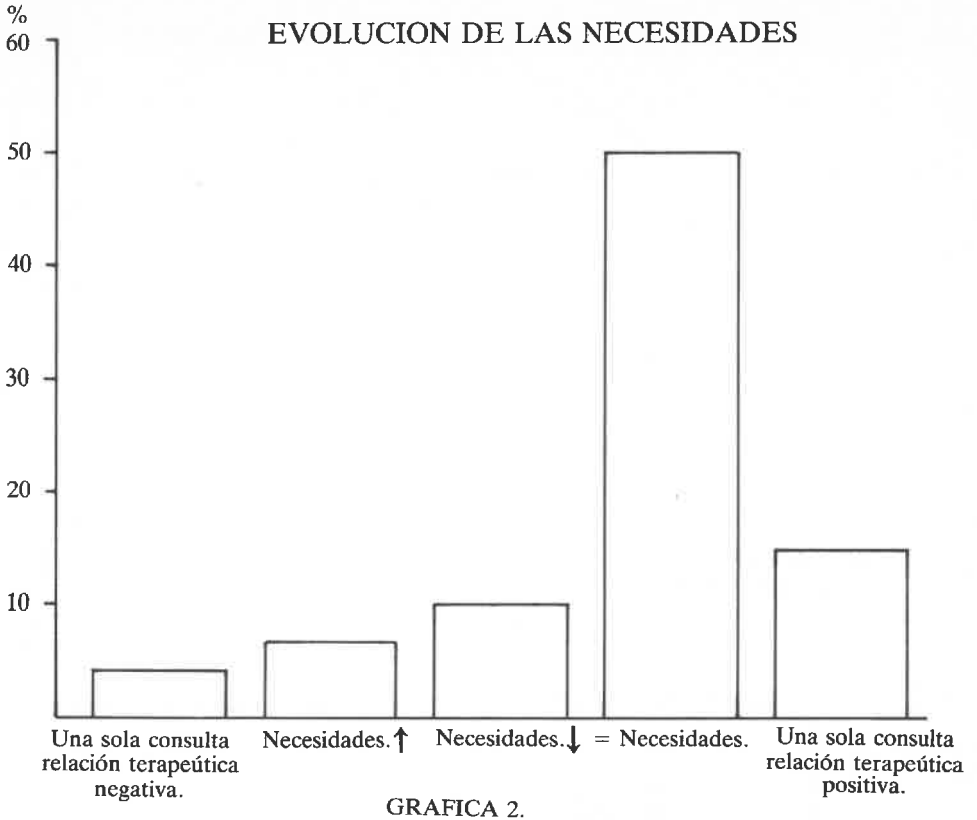
GRAFICAS

RELACION TERAPEUTICA



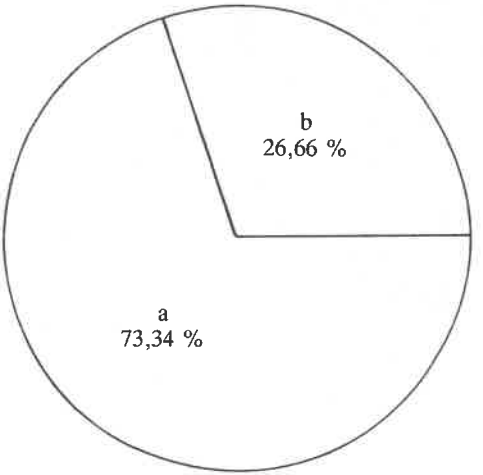
a — Vuelven a consulta ..... 166.
b — No vuelven a consulta ..... 40.
c — Cosultas en las que no se puede valorar la relación terapeútica ..... 4.

GRAFICA 1.



GRAFICA 2.

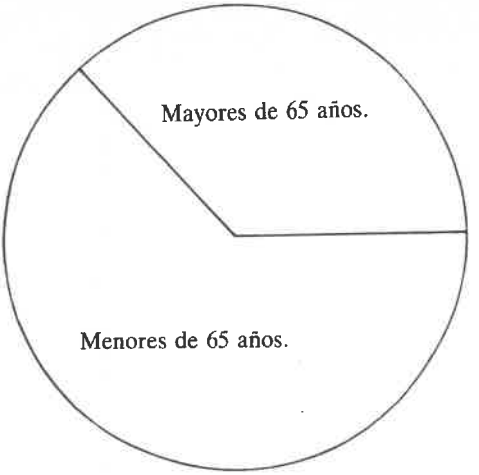
RELACION ENTRE VALORACION Y DIAGNOSTICO



a — Si existe relación ..... 718.
b — No existe relación ..... 261.

GRAFICA 3.

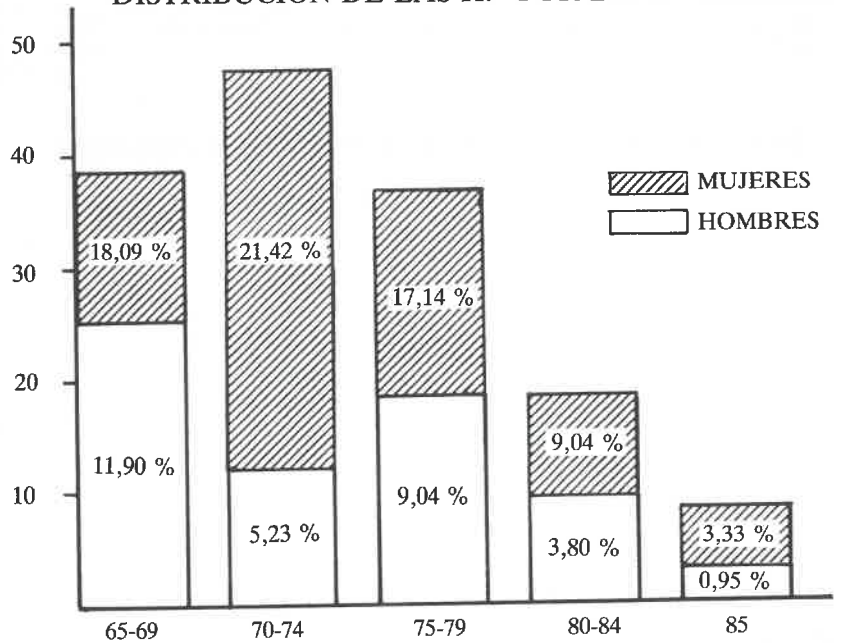
DISTRIBUCION DE LAS HISTORIAS POR EDAD



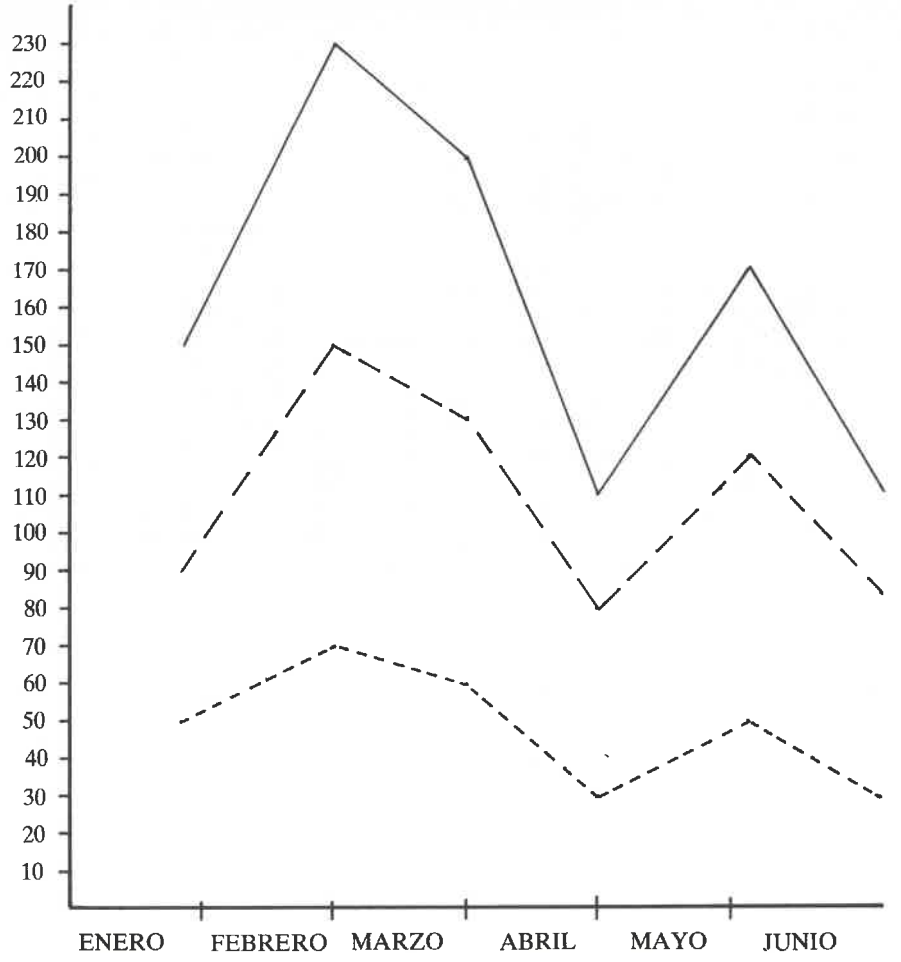
— Mayores de 65 años ..... 210.
— Menores de 65 años ..... 324.

GRAFICA 4.

DISTRIBUCION DE LAS H.as POR EDADES Y SEXO



GRAFICA 5.

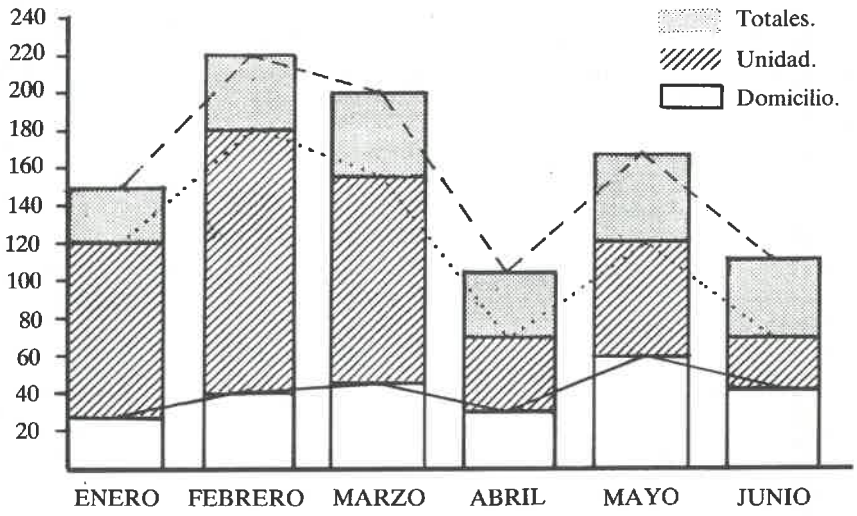


DISTRIBUCION DE LAS CONSULTAS POR:

——— MESES.
— —— MUJERES.
- - - - - - - - HOMBRES.

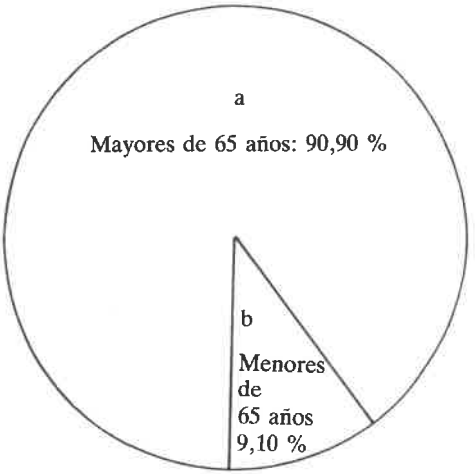
GRAFICA 6.

DISTRIBUCION DE CONSULTAS A DOMICILIO Y EN LA UNIDAD POR MESES



GRAFICA 7.

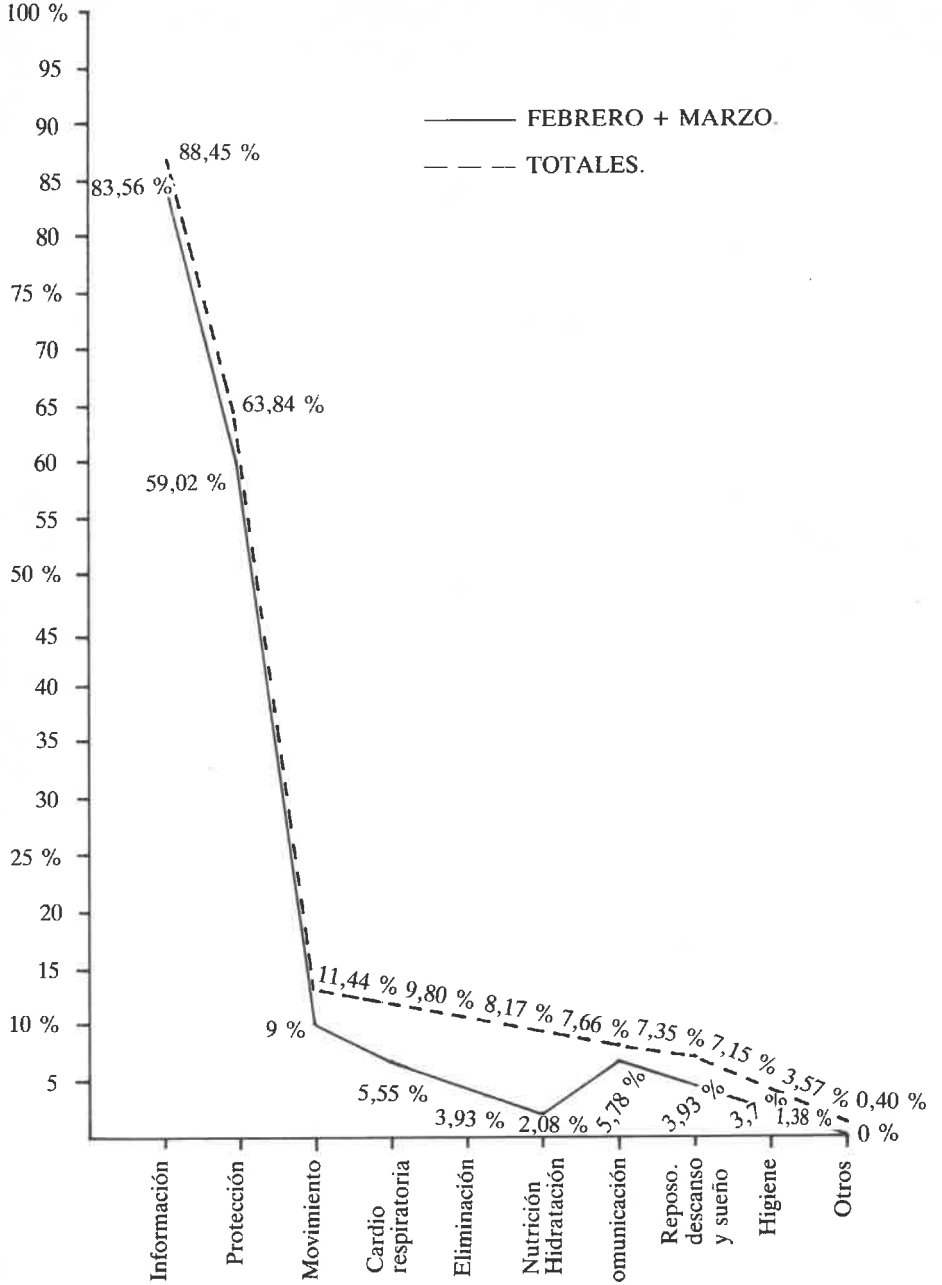
NUMERO DE HISTORIAS CON VISITAS A DOMICILIO



a — Clientes mayores de 65 años ..... 30.
b — Clientes menores de 65 años ..... 3.

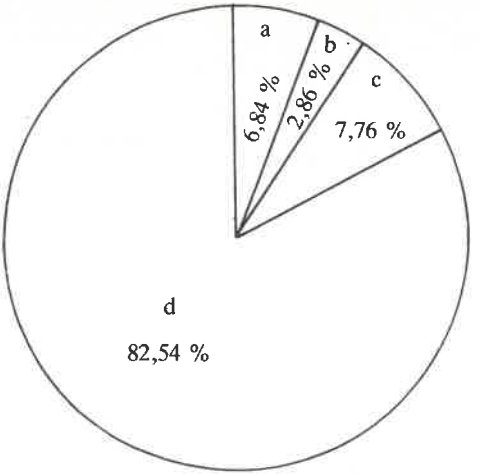
GRAFICA 8.

NECESIDADES DETECTADAS SIN CUBRIR SEGUN NUMERO TOTAL DE CONSULTAS



GRAFICA 9.

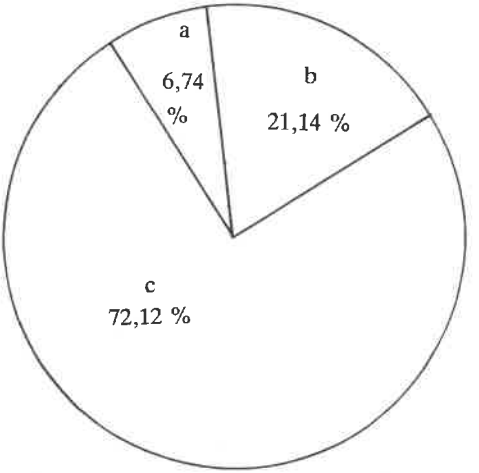
SISTEMAS DE INTERVENCION



a — Compensación total ..... 67.
b — Compensación parcial ..... 28.
c — Compensación parcial y educativo de apoyo ..... 76.
b — Educativo de apoyo ..... 808.

GRAFICA 10.

GRADO DE AUTONOMIA



a — Nulo ..... 66.
b — Parcial ..... 207.
c — Total ..... 706.

GRAFICA 11.

NOTAS

(1) Editorial. *Cuidar al anciano.* Pág. 7 — 8.
(2) POLETTI, R. *Cuidados de Enfermería. Tendencias y Conceptos actuales.* Página 145 — 12.
(3) OFICINA REGIONAL PARA EUROPA DE LA O.M.S. *Las enfermeras y los 38 objetivos de la Región Europea enfocados hacia «Salud para todos».* Págs. 14-15 —7.

BIBLIOGRAFIA

1. ADAM, E.: *Hacia dónde va la Enfermería.* Ed. Interamericana. Madrid. 1982.
2. ALVARES, E. et al: *Remozar la vejez, una forma de vivir.* Escuela de Enfermería. Vol. 1, núm. 2. págs. 29-36. 1985.
3. ALVAREZ, M. T.: *La metodología en Enfermería, una meta necesaria.* Revista Rol de Enfermería. Vol. X, núm. 101, págs. 22-26. 1987.
4. ANDRES, A. et al: *El modelo teórico de D. Orem en A.P.S.* IV Jornadas Nacionales de Enfermería Pediátrica. Murcia. 1987.
5. CAMPBELL, C.: *Tratado de Enfermería. Diagnósticos y Métodos.* Ed. Doyma. Barcelona. 1987.
6. CARPENITO, L. J.: *Diagnóstico de Enfermería.* Ed. Interamericana - MograW - Hill. Madrid. 1986.
7. OFICINA REGIONAL PARA EUROPA DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. *Las enfermeras y los 38 objetivos de la Región Europea enfocados hacia «Salud para todos».* Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1986.
8. Editorial.: Cuidar al anciano. Nursing. Vol. 5, núm. 2, pág. 7. 1987.
9. MARRINER, A.: *P.A.E. Un enfoque científico.* Ed. Manual Moderno. Méxino. 1983.
10. OREM, D.: *Normas prácticas en Enfermería.* Ed. Pirámide. Madrid. 1983.
11. PIANO, L. A.: *Centro de cuidados de día para ancianos.* Nursing. Vol. 5, núm. 2, págs. 44-46. 1987.
12. POLETTI, R.: *Cuidados de Enfermería. Tendencias y conceptos actuales.* Ed. Rol, S. A. Barcelona. 1980.
13. ROPER, N.: *Proceso de Atención de Enfermería.* Ed. Interamericana. Madrid. 1985.
14. SECRETARIA GENERAL TECNICA: *Guía para la elaboración del programa del anciano en A.P.S.* Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1984.